

**T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN

**40 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA PELVİK ORGAN
PROLAPSUSU SIKLIĞI VE HAYAT KALİTESİ
ÜZERİNE
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Duygu TOSUNOĞLU

EDİRNE-2010

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Petek Balkanlı Kaplan'a, çalışmamın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Necdet Süt'e ve varlığını her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşim Dr. Ayhan Tosunoğlu' na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Duygu TOSUNOĞLU

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
PELVİK ORGAN PROLAPSUSU	3
PELVİK ORGAN PROLAPSUSU EPİDEMİYOLOJİSİ.....	3
PELVİK ORGAN PROLAPSUSU ETYOLOJİSİ.....	5
PELVİK ORGAN PROLAPSUSUNUN HAYAT KALİTESİ	
ÜZERİNE ETKİLERİ	7
PELVİK TABANININ FONKSİYONEL ANATOMİSİ.....	8
POP'lu HASTALARDA TANI VE DEĞERLENDİRME.....	12
PELVİK ORGAN PROLAPSUSU SINIFLAMA VE SKORLAMA(POP-Q)	15
PELVİK ORGAN PROLAPSUSTA SEMPTOMATOLOJİ.....	17
ÜROJİNEKOLOJİDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR.....	26
TARTIŞMA	43
SONUÇ VE ÖNERİLER	52
TÜRKÇE ÖZET	54
İNGİLİZCE ÖZET	56
KAYNAKLAR.....	58
RESİMLEMELER LİSTESİ	66
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

Ark	: Arkadaşları
AT	: Arkus tendineus
ATMLA	: Arcus tendineus levator ani
ATFP	: Arcus tendineus fasya pelvis
BC	: M. Bulbokavernosus
BMI	: Beden Kitle İndeksi
CU	: Kompresor Üretra
D	: Detrusor halkası
DM	: Diabetes Mellitus
Gh	: Genital hiatus
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
IC	: M. İskiokavernosus
ICS	: International Continence Society- Uluslararası Kontinans Derneği
IIQ	: Incontinence Impact Questionnaire
LA	: Levator Ani
MAT	: Üretral desteklerin muskuler bağlantıları
NIH	: National Institutes of Health
PTK	: Pelvik Taban Kasları
POP	: Pelvik organ prolapsus
POP-Q	: Pelvik organ prolapsusu sınıflandırma sistemi
Pb	: Perineal cisim
PVL	: Pubovesikal Ligament
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans

Tvl : Total vaginal uzunluk
US : Üretral Sfinkter
UVS : Üretrovajinal Sfinkter

GİRİŞ VE AMAÇ

PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Pelvik organların fizyolojik pozisyonunu koruyan ve pelvik organlara destek sağlayan, sinir, kas ve fasya kombinasyonun zayıflaması sonucu oluşan pelvik organ prolapsusu, anatomik olarak pelvik organların vajene doğru sarkması ya da vajenden dışarı çıkması şeklinde tanımlanır (1, 2).

Pelvik organ prolapsusu (POP), ileri yaş kadınları etkileyen, mortalitesi son derece az olmakla birlikte genitoüriner ve gastrointestinal sistem semptomlarına neden olan, ayrıca kadınların günlük aktivitelerini etkileyerek hayat kalitesini azaltan jinekolojik bir sorundur. POP kadınlarda anterior vajinal duvar, posterior vajinal duvar ve apikal defektlerden mesane, rektum, uterus ve vajinal kafın introitusa prolabe olmasını içerir (3).

POP' un patofizyolojisi tam olarak anlaşılmamakla birlikte genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı multifaktöryel bir problem olduğu bilinmektedir.

Pelvik organ prolapsusunun etyolojisinin de multifaktöriyel olduğu bilinmektedir. Pelvik organların desteği; üretra, rektum ve vajinal duvarın konnektif dokuları ile pelvik tabanın levator ani kasının birlikteliği ve kompleks etkileşimleri ile sağlanmaktadır. Pelvik destek dokusu; intrinsik yapısal defektler, levator ani kasının zayıflığı, doğum, kronik öksürük, obezite, nörolojik hasar gibi nedenlerle zayıflayabilir ve bu da pelvik organ prolapsusuna yol açabilir. Ek olarak pelvik tabandaki nöropatiler ve fasyal yırtıklar da pelvik organ prolapsusu ile sonuçlanabilmektedir (1,4,5,7). Sıklıkla bu etyolojik faktörlerin kombinasyonu bulunur. Bu risk faktörleri hastadan hastaya değişkendir, siyah ırkta daha çok rastlanır (6).

Pelvik organ prolapsusu jinekolojik cerrahinin en sık karşılaşılan endikasyonları arasında olmasına rağmen insidans ve prevalansına yönelik epidemiyolojik çalışmalar daha azdır (3). POP insidansı ve prevalansı, tanımlama şekli ve taranan popülasyondaki farklılıklara bağlı olarak %2 ile %50 arasında değişkenlik gösterir. Rutin jinekolojik vakalarda, uterovajinal destek doku kaybına bağlı POP tanımlaması kadınların %50' den fazlasında görülürken, himenden protrüze olmuş pelvik organ pozitifliği ise yaşla artmakla birlikte %2 ile 12 arasında görülür (4,5).

POP sıklıkla asemptomatiktir fakat bazen vajinal kanama, pelvik ağrı, arka veya alt abdominal ağrı, konstipasyon, genital sistemde ağırlık ve üriner semptomlara neden olur (4,5).

Semptomatik POP' un tedavisi ancak cerrahi ile sağlanmaktadır. POP ve neden olduğu semptomlar nedeniyle opere olma oranı, kadın popülasyonunda % 11 olarak verilmektedir. Bunların 1/3' ü yeniden ameliyat adayı olmaktadır (9).

Prolapsusla meydana gelen problemler ciddi şekilde hayat kalitesini etkileyebilir. POP ile birlikte görülen en sık problemler; Yürümede, oturmada, ayağa kalkmada zorluk, sırt ağrısı, idrar yapma bozukluğu, üriner retansiyon, konstipasyon, vajinal erozyon sonucu disporani ve seksüel disfonksiyondur (8).

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma Kırklareli Babaeski İlçesine bağlı tüm Sağlık Ocaklarında 40 yaş üstü kadınlarda, pelvik organ prolapsusu sorununun görülme sıklığını belirlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların hayat kalitelerinin hangi düzeyde etkilendiğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU

Pelvik organ prolapsusu (POP), pelvik organlardan birinin normal yerinden aşağıya veya öne doğru yer değiştirmesi olarak tanımlanır ve ürogenital prolapsus olarakta adlandırılır (3).

Pelvik organ prolapsusu ve alt üriner sistem hastalıkları aynı patofizyolojik özellikleri paylaşır ve iki durum genellikle birlikte bulunur. Bazen anormal alt üriner sistem fonksiyonları beraberinde bulunan prolapsus semptomlarını arttırırken bazen tam tersi olur (10).

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU EPİDEMİYOLOJİSİ

POP'a ait insidans ve prevalansla ilgili epidemiyolojik çalışmalara çok az rastlanılmaktadır ve de pelvik organ prolapsusu ile ilgili toplum bazlı epidemiyolojik çalışmalar fazla değildir (11,12). Normal rutin jinekolojik muayene esnasında vajinal ya da uterin destek kaybı kadınların % 43-76'da görülebilmektedirken, himenden aşağı sarkma hastaların % 3-6'da görülebilmektedir (13,14).

Pelvik organ prolapsusu prevalansı net olarak bilinmemekle birlikte yaşam boyu POP veya inkontinansa bağlı cerrahi geçirme olasılığı %11'dir (9).

Pelvik organ prolapsusun insidansı yaş ve parite ile artmakla birlikte hayat boyu görülme sıklığı %30–50 arasındadır (13).

Kadın Sağlık Enstitüsü tarafından yapılan çalışmada yaşları 50-79 arasında olan kadınların % 41'inde prolapsus izlenmiştir. Bu hastaların da % 34'ünde sistosel, % 19'ında rektosel, % 14'ünde uterin prolapsus görülmüştür (15).

Yaşları 18-83 arasında olan 1004 kadın arasında yapılmış çok merkezli bir çalışmada rutin jinekolojik muayenelerinde %24'ü normal destek, %38'inde stage I, %35'inde stage II, %2'sinde stage III pelvik organ prolapsus saptanmıştır (16).

Retrospektif epidemiyolojik bir çalışmaya göre 80 yaşına kadar yaşam boyu pelvik organ prolapsusu ve stres inkontinans nedeniyle operasyon geçirme riski %11,1 olarak bulunmuş ve cerrahi endikasyon insidansının 60-69 yaşlarda pik yaptığı bulunmuştur. Operasyon oranı daha önce prolapsus veya herhangi bir nedenle histerektomi olan kadınlarda daha yüksektir (9).

Slieker-ten Hove ve ark. (17) yaptıkları çalışmada POP'un 45-85 yaş arası kadın populusyonda prevalansını %40 olarak saptamıştır.

20-59 yaş grubu arasında genel popülasyonda pelvik organ prolapsusunun prevalansını belirlemek için yapılan bir çalışmada, bu yaş grubundakilerin %30,8'inde herhangi bir derecede pelvik organ prolapsusu saptanmıştır. POP görülme oranı 20-29 yaş grubunda %6,6 iken, 50-59 yaş grubunda %55,6 idi (13).

Swift SE ve ark. (18) yaptıkları çalışmada 80 yaşına kadar cerrahi riskini %7 olarak bulmuşlardır. 60-69 yaşlar arası oranı %42 olarak, ≤ 60 yaş oranı %58 olarak bulmuşlardır. %13 olguda nükse bağlı re-operasyon gerçekleşmiştir.

Olsen ve ark. (9) göre prolapsus için cerrahi insidansı 1000'de 1.5 ile 4.9 olgu arasında değişmektedir. Cerrahi için en sık izlenen olgu sayısı 60-69 yaşları arasındadır bu oran 10000 kadın için 42,1'dir. Fakat prosedürlerin %58'i 60 yaştan daha genç insanlara uygulanır. Ek olarak daha önceden ameliyat olan %13 hasta 5 yıl içinde tekrar operasyona ihtiyaç duyar.

POP sıklıkla fekal ve üriner inkontinansla birlikte dir. Fekal inkontinanslı hastaların hastaların %31'inde aynı zamanda üriner inkontinans ve %7'inde POP tesbit edilmiştir (9). Üriner inkontinans şikâyeti olan kadınların %38'inde bariz POP ve %19'unda fekal inkontinans saptanmıştır (19).

Stres üriner inkontinansı (SÜİ) olan kadınların % 63'ünde aynı zamanda sarkma, sarkması olan kadınların % 62'sinde eşzamanlı olarak SÜİ gözlenmiştir (20).

Pelvik organ prolapsus ile üriner inkontinans sık görülen şikayetler olup aynı hastada birlikte bulunabilmektedir. Rozenweig ve ark. (21) yaptıkları çalışmada ağır pelvik organ prolapsusu olan ancak üriner inkontinans semptomları olmayan kadınların %60'ında ürodinamik yöntemlerle gizli üriner inkontinanslarının olduğunu saptamışlardır. Grady ve ark. (22) yaptıkları çalışmada sistoseli olan kadınların %30'unda yapılan ürodinamik tetkikler sonucunda mesane kasında instabilite olduğu, yapılan cerrahi onarımdan sonra 54 kadından 51'inde SÜİ'nin ortadan kaybolduğu saptanmıştır.

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU ETYOLOJİSİ

Pelvik organ prolapsusun etyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır (23). Ancak son yıllarda, pelvis tabanı hasarının gelişmesine katkı sağlayan birçok risk faktörü ile ilişkilendirilmiştir. Doğum ve histerektomi gibi nedenlerle pelvik taban kaslarının nöromüsküler zarara uğraması, gebelik, obezite, kronik öksürük ve konstipasyon gibi intra-abdominal basıncı arttıran durumlar, östrojen seviyesinin azalması, menopoz, genetik yatkınlık, kollajen ve konnektif dokudaki değişikliklerin neden olduğu metabolik anormallikler ürogenital prolapsus için temel risk faktörleri arasında sayılabilir (1, 2, 23, 24, 25).

Doğum

Vajinal doğum pelvik fasyal desteğe direkt olarak hasar verir; pelvik taban ve üretra kaslarının parsiyel denervasyonuna yol açar (26).

Vajinal doğumun, özellikle doğumun ikinci evresinin, mesane ve anorektumun otonomik inervasyonunda, pelvik organların ve pelvik tabanın sinir yapısında negatif etkisi vardır. Bu değişiklik vajinal doğum yapan kadınların % 80'inde izlenmiştir. Doğumun ikinci evresinin uzaması ve yüksek doğum ağırlığı bu değişikliklerin daha şiddetli olmasına neden olur. Elektif sezeryanın koruyucu etkisi vardır (27). Fakat vajinal doğum kararı ile tam dilatasyon sonrası yapılan acil sezeryan doğumda da pelvik taban inervasyonunda hasar söz konusudur. Yazarlar, pek çok kadında vajinal doğumun pelvik tabanda parsiyel denervasyona neden olduğu kanısına varmışlardır (27, 28).

Yapılan incelemelerde doğumun hiatus fonksiyonu ve boyutunu etkilediği gösterilmiştir (27). Doğum yapmış semptomatik kadınlarda puborektalis ve pubococcygeus kompleksinin arkus tendineus'tan parsiyel olarak ayrıldığı gözlenir. Bu ayrılmanın saptandığı kadınların diğerlerine kıyasla daha yaşlı olmaları, ilk doğumda, vajinal veya abdominal, ileri yaştan önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (29).

Gebelik ve Çocuk Doğurma

Gebelik ve çocuk doğurmanın pelvik taban, musküler ve fasyal destek sistemine zarar vermesinden dolayı prolapsus gelişir. Oxford AB Birliğinin prolapsus epidemiyoloji çalışmasına göre parite prolapsus gelişimindeki en önemli risk faktörüdür ve rölatif riski 10,9'dur (16). Risk parite artımıyla artarken artış değeri 2 çocuktan sonra azalmaktadır. Samuelsson ve ark. (13) artan parite ve maksimum çocuk ağırlığı ile prolapsus gelişimi arasında önemli bir ilişki olduğunu bulmuşlardır .

Menopoz Dönemi

Ürejinekolojik semptomlar daha çok menopozda ve postmenopozda ortaya çıkmaktadır. Menopoz ve klimakterium döneminde hastalığın gittikçe ilerlediği kabul edilmektedir. Bu dönemde ovaryen hormonların tonik etkisi kaybolmakta, fasyalarda ve bağlarda atrofik değişimler başlamakta ya da hızlanmaktadır. Destek dokunun zayıfladığı anatomik lokalizasyona göre değişik tip ve klinik özellikler gösteren pelvik relaksasyon tablosu ortaya çıkmaktadır. Dokuların gevşemesinde menopoza sekonder hormon (östrojen) yetersizliği dışında yaşlılığın etkisi de unutulmamalıdır (30).

Bazı çalışmalarda cerrahi olarak çıkarılmış üretra dokusunda, pubococygeal kasta ve mesane trigonunda yüksek afiniteli östrojen reseptörleri saptanmıştır. Menopozla birlikte azalan östrojen vajendekine benzer şekilde distal üretrada sitolojik değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler menapoz sonrası sıkça görülen duyu semptomları ve artmış enfeksiyondan kısmen sorumludurlar. Azalmış üretral vaskularite, anormal düz ve çizgili kas etkinliği düşük istirahat üretra basıncına ve anormal stres cevaba yol açar (31).

Geçirilmiş Cerrahi Operasyonlar

Prolapsus ameliyatlar periüretral dokularda, fibrozise neden olabilen kompresyon ve açığı bozukluğu oluşturabilir (32).

Özellikle radikal histerektomide mesane ve üretranın denervasyonuna bağlı pelvik taban bozuklukları görülebilir. Histerektomiye izleyen yıllarda prolapsus oluşumu için risk faktörü oluşturduğu bildirilmiştir (33).

İrk

Pelvik organ prolapsusu insidansı ırktan ya da soydan etkilenebilir. Siyah kadınlarda beyaz kadınlara oranla daha az prolapsusa yatkın olduğu gösterilmiştir. Fakat başka

alışmalar prolapsus prevalansının farklı ırklarda insanlar arasında eşit olduğunu söyleyebilir. Birkaç alışma da prolapsus prevalansında etnik ve ırksal farklılıklar üzerine tutarsız bulgular bulmuşlardır (2). Örneğin, genital prolapsus, enterosel ve stres inkontinans Çinlilerde, Eskimo ve siyah ırkta nadirdir (26).

Beden Kitle İndeksi

Artan ağırlık pelvik kaslarda ve sinirlerde kronik ıkınma, gerilme ve zayıflamaya yol açar. Beden kitle indeksinin (BMI), stres üriner inkontinansda anlamlı derecede yüksek değerler gösterdiği ortaya konulmuştur (34).

Artan beden kitle indeksi (BMI), prolapsus gelişiminde önemli role sahiptir. Pelvik organ prolapsus gelişme riski, BMI 25-30 arasında olan kadınlarda 2,51 kat, BMI 30'un üzerinde olan kadınlarda ise 2,56 kat daha yüksek bulunmuştur (23, 35). Benzer şekilde BMI 26 ve üzerinde olan kadınların BMI değeri 26'dan az olanlara göre prolapsus nedeniyle cerrahi geçirme riskleri de daha yüksek olarak bulunmuştur (36).

Yaş: İlerleyen yaşın prolapsus için majör risk faktörü olduğu gözlemlenmiştir (37). Yaşlanma POP'un direkt nedeni olmamasına rağmen, üriner sistem işlevlerindeki yaşa bağlı değişimler nedeni ile daha çok yaşlı kadınlarda izlenmektedir (38). Pelvik organ prolapsus insidansı ve prevalansı yaşın ilerlemesi ile artmaktadır (39).

Yaşları 18-83 arasında olan 1004 kadını içeren bir çalışmada, yıllık muayeneleri esnasında her 10 yılda bir POP prevalansı % 40 artmaktadır (16).

Kabızlık

Düzenli kasılmalar sonucunda kronik olarak artmış intraabdominal basınç pelvik tabanda potansiyel bir zayıflamaya neden olur bu da artmış prolapsus riski ile ilişkilidir (40).

PELVİK ORGAN PROLAPSUSUN HAYAT KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Genel anlamda hayat kalitesi; bireysel iyilik durumunun bir anlatımı ve kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden tatmin olmasıdır (41). Hayat kalitesi, kişisel ve kültürel değerler, inançlar, benlik, amaçlar, yaş ve hayattan beklentilerin bileşimi olan oldukça subjektif bir kavramdır.

Pelvik organ prolapsus semptomları hayatı tehdit etmemekle birlikte psikolojik, sosyal ve fiziksel iyilik durumunu etkileyerek kadının iş, aile ve cinsel yaşamında sınırlılıklara neden olur. Bu yüzden birçok kadın, bu semptomları, haftada bir defadan daha fazla yaşamaya

başladığında hayat kalitesinin olumsuz etkilendiğini fark eder. Kadınlar pelvik organ prolapsusu oturma, kalkma, yürüme ve bir şeyler kaldırmak gibi aktivitelerini ve iş yapabilme yeteneğini engelleyen büyük bir problem olarak tanımlarlar (42).

Pelvik organ prolapsus semptomları evrenseldir. Fakat hayat kalitesine etkisinin her toplum, her aile ve her birey için farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Çünkü toplumdaki politik, sosyo- kültürel, dinsel, ekonomik ve eğitim gibi hayatı düzenleyen farklılıklar, kadının toplumdaki ve aile içindeki statüsünü ve rollerini de farklılaştırmaktadır. Bu farklılıklar nedeniyle, hayat kalitesindeki en fazla etkilenmenin, semptomları yaşayan kadının ön planda olan rolüne bağlı olarak değişebileceği ve bu nedenle, hayat kalitesi değerlendirmesinin bireysel boyutta da yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir (42).

Artık idrarını tutamadığının farkına varan bir kadın, sık sık tuvalete gitmek veya sıvı alımını azaltmak gibi önlemlerle idrar kaçağını önlemeye çalışır. Bu tür davranış değişiklikleri belki hastalığın derecesini azaltır ama hayatın kalitesini düşürür. Hayat kalitesi, sadece hastalığın olmaması demek değildir. Hayat kalitesinin birçok bileşeni vardır ve hasta tarafından belirlenen fiziksel, sosyal rolü yerine getirebilme, iyi olma duygusu, semptomların azalması ile diğer duygusal ve bilişsel sağlık ölçümlerini içerir .

PELVİK TABANIN FONKSİYONEL ANATOMİSİ

Giriş ve Terminoloji

Pelvik organ prolapsusu yaygın ve sıkıntı verici bir problemdir. Pelvik zeminin destekleyici yapılarındaki zayıflık pelvik yapıların sarkmasına neden olur. POP hayatı tehdit etmezken çoğunlukla hayat kalitesinde bozulmaya neden olur (43).

Geçmişte sistosel, üretrosel, rektosel veya enterosel gibi tanımlar, pelvik tabanın altında kalan vaginadaki şişkinlikleri veya protrüzyonları ifade etmek için kullanılmaktaydı. Bu tanımlar, mesane, üretra, rektum veya ince bağırsaklar gibi organların prolapsusa yol açtıkları varsayımına dayanmaktaydı (19).

National Institutes of Health (NIH) anatomik tarif ve cerrahi tedavi için pelvik taban hakkında yeni bir terminoloji öne sürmüş ve böylelikle klinisyenler arasında ortak bir diyalog kullanılmasını sağlamıştır (44).

Bu terminolojiye göre, prolapsus üç kategoriye ayrılmaktadır:

- 1- Uterin, veya apikal prolapsus
- 2- Anterior prolapsus

3- Posterior prolapsus

Pelvik Organların Desteği

Pelvik organlar, pubik kemikler, kaslar ve bağ dokusu ile yaptıkları bağlar ile destek alırlar ve santral, periferik sinirlerle kontrol edilirler. Pelvik taban terimi, sadece levator kaslarını değil, pelvik kavitede desteğe katılan tüm yapıları içermektedir (19).

Pelvik taban, periton ve vulva cildi arasındaki birçok tabakadan oluşur. Yukarıdan aşağıya doğru sayıldığında:

- periton
- pelvik organlar ve endopelvik fasya
- levator ani kasları
- perineal membran
- yüzeyel genital kaslar (45).

Tüm bu yapıların desteği, kemik pelvis ve pelvis kasları ile olan bağlantılarından sağlanır. Organların pelvik taban tarafından desteklendiği düşünülse de aslında organlar pelvik tabanın bir parçasıdırlar. Kardinal ve uterosakral ligamentler gibi bağlarıyla, organlar da pelvik tabanın oluşumunda önemli bir rol oynarlar. Pelvis n ve arka kompartman olarak ikiye ayrılır. Levator ani kasları pelvisin tabanını yaparlar. Organlar rogenital hiatustan geçerken levator ani kasına bağlanırlar ve bu bağlantılarla desteklenirler (45).

Endopelvik Fasya

Mesane, üretra, vagina ve uterus pelvik duvara endopelvik fasya ile adlandırılan bir bağ dokusu ile asılmıştır. Bu oluşum peritonun altında uzanıp bazı alanlarda kalınlaşıp incelerek bütün yapı olarak izlenmektedir. Endopelvik fasya kapsül gibi bazı organları saran ve hacim değişikliklerine izin veren fasyadır. n vajen duvarındaki puboservikal fasya, arka duvarda rektovajinal fasya ismini almaktadır. Endopelvik fasyadaki kollajen lifler elastin, düz kas lifleri, fibroblastlar ve vasküler dokular ile bütünleşerek ağsal bir yapı oluşurmaktadır (45).

Uterovaginal Destek

Kardinal ve uterosakral ligamentler (parametrium) serviks ve uterusu pelvik duvarlara bağlarlar. Bu doku aşağıya doğru ilerleyerek vaginanın st kısmını pelvik duvarlara bağlar ve burada parakolpium adını alır (45). Parakolpiyumun st bölümü st vajinayıda pelvik yan

duvarlara ve sakruma bağlamaktadır. Bu kısım DeLancey tarafından Level I olarak adlandırılmıştır. 1. seviye desteğinin yetersizliği apikal defektlere, uterus ve vajinal kaf prolapsusuna neden olur. Level II ise; orta vajen yanlara doğru levator ani kası ve pelvik fasyanın arkus tendineuslarına tutunur. Bu iki yapı arcus tendineus levator ani (ATMLA) ve arcus tendineus fasya pelvis (ATFP) primer olarak organize fibröz kollajen dokudan oluşup, levator ani kası ve obturator fasyaların kalınlaşması ile oluşur. Levator ani kasının ve pelvik fasyanın arcus tendineusları önde pubik ramusa yapışır ve arka tarafı ise ischial spine yanına veya üzerine yapışır (46).

Üretra ve mesane boynunu destekleyen ön vajinal duvar bu iki yan fasya destek yapısının üzerinde köprü gibidir. 2. seviye desteğinin başarısızlığı sonucu ön vajinal prolapsuslar ve paravajinal defekt oluşur. Endopelvik fasya (Rektovajinal fasya) benzer şekilde vajen arka duvarı ve rektuma destek sağlayan ve rektosel oluşumunu engelleyen bir doku oluşturur. Distal vajen önde üretraya yapışır, arkada perineal cisme, lateralde levator ani kaslarına yapışır. Sonuçta distal vajen, çevresindeki dokulara paracolpium olmadan direk tutunur ve DeLancey'in Level III olarak tarif ettiği kısmı oluşturur. Defekti sonucunda perineal cisim yetmezliği, üretral hiper mobilite oluşur (46).

Anterior Vaginal ve Üretral Destek

Floroskopik incelemelerde üretra ve mesane boyununun normalde mobil yapılar olduğu, distal üretranın ise fikse bir pozisyonda kaldığı görülmüştür (43)

Üretranın desteğini pelvik kaslar ve fasyalar belirler. Bu sistemin hasarı ile vaginanın ön duvarı aşağıya sarkar. Vaginanın ön duvarının desteğini belirleyen üretranın kendisinin komşu dokulara olan bağlantıları değil, vagina ve periüretral dokuların pelvik duvarın kas ve fasyalarına bağlantıdır. Pelvisin her iki tarafında, pubik kemiğin arkasının alt 1/ 6 kısmında, orta hattın 1cm lateralinden spina iskiadikanın hemen üzerinde iskiyuma yapışan bir bağ dokusu bandı bulunur ve arcus tendineus fasciae pelvis (ATFP) adını alır (45).

Üretral desteği sağlayan doku tabakasının fasyal ve muskuler olmak üzere iki lateral tutunma yeri vardır. Üretral desteğin fasyal tutunma yerleri periüretral dokuları ve vagina ön duvarını ATFP' e yapıştırır ve paravaginal fasyal bağlantılar adını alır. Paravaginal dokuların pelvik duvardan lateral ayrılmaları stres inkontinans ve anterior prolapsus ile ilişkilidir. Muskuler bağlantılar ise aynı periüretral dokuları levator ani kasının mediyal kenarına bağlarlar. Bu muskuler bağlantılar, levator ani kasının normal istirahat tonusu ile fasyal bağlantılarla desteklenen mesane boynu pozisyonunun korunmasını sağlarlar. İşemenin başında kas gevşediği zaman, mesane boynu fasyal bağlantılarının elastisitesinin izin verdiği

kadar aşağıya doğru rotasyon yapar, işemenin sonunda ise kasılarak mesane boynunu normal pozisyonuna getirir (45).

Posterior Destek

Posterior vagina, kemik pelvis ve levator ani arasındaki bağlantılarla desteklenir. Vaginanın alt 1/3 kısmı, her iki tarafta perineal membrana katılan perineal cisim ile kaynaşır (düzey III). Bu bağlantı bu bölgede rektumun aşağıya doğru hareketini engeller. Bu bağların liflerinin birbirlerinden ayrılması ile bağırsağın protruzyonu ve posterior vaginal prolapsus oluşur. Posterior vaginanın orta kısmı (düzey II) levator ani kasının iç kısmına endopelvik fasya tabakaları ile yapışır. Bu bağlantılar abdominal basınç artışı esnasında vaginanın aşağıya doğru inmesini engellerler. Bu tabakaların en medialinde bulunan kısma rektal pililer adı verilir. Posterior vagina üst 1/3 kısmında parakolpiuma bağlıdır (düzey I). Bu bölgede vaginanın anterior ve posterior desteğinde farklı sistemler yoktur (45).

Levator Ani Kasları

Levator ani kasları pelvik organların desteğinde kritik bir rol oynar. Bununla ilgili kanıtlar, MRİ (Manyetik rezonans görüntüleme) ile ilgili olan çalışmalarda, histolojik araştırmalarda ve operasyon anında elde edilmiştir. Vücuttaki herhangi bir bağ dokusu sabit bir basınca maruz kaldığında esneyebilir. Plastik cerrahide kullanılan cilt genişleticileri katı ve dirençli olan dermisi normalin çok üstünde esnetebilirler, sporcular günde 10 dakikalık germe egzersizleri ile ekstremitelerindeki ligamentleri uzatabilirler. Bu örnekler uzun süre kuvvet altında kalan bağ dokusunun esnek doğasını ortaya koymaktadır. Pelvis içinde yer alan fasyal ve ligamentlerin sürekli olan abdominal basınç karşısında esnemelerini engelleyen faktör, pelvik taban kaslarının sürekli tonik kontraksiyonu ile pelvik tabanı kapatması ve pelvik organların ağırlığını taşıması yoluyla bağ dokusunun gerilmesini engellemesidir (47).

Levator ani kasları fasyal tabakanın altında yer alır. Üst ve alt kısımlarını örten fasyal tabakalara levator aninin superior ve inferior fasyası adı verilir. Bu kas ve fasyal tabakalarına da bir bütün olarak pelvik diyafram denir. Levator ani kasları arasında bulunan ve üretra, vagina ve rektumun geçtiği (ve prolapsusların da olduğu) boşluğa ürogenital hiatus adı verilir. Ürogenital hiatus önde pubik kemikler ve levator ani kasları, arkada ise perineal cisim ve eksternal anal sfinkter ile desteklenir. Levator ani kasının normal baz aktivitesi ürogenital hiatusu kapalı tutarak üretra, vagina ve rektumu komprese eder ve pelvik taban ile organları sefalik yöne doğru çeker (48).

Pubokoksigeal kasın sabit olan tonusu ürogenital hiatusun koaptasyonundan sorumludur. Bu sürekli kontraksiyon sayesinde, eksternal anal sfinkterin anüsü kapattığı gibi, vaginal lümen de kapalı kalır. Bu sürekli aktivite sayesinde pelvik tabanda prolapsusun oluşabileceği herhangi bir açıklık elimine edilmiş ve pelvik organların destek gördüğü horizontal bir yatak oluşmuş olur (48).

Perineal Membran (Ürogenital Diyafram) ve Eksternal Genital Kaslar

Levator ani kasının altında, pelvisin ön tarafında perineal membran adı verilen yoğun bir üçgen bölge bulunur. Perineal membran terimi, üretrayı çevreleyen bağ dokusu katmanını tanımlamak amacıyla, ürogenital diyafram yerine kullanılmaktadır ('diyafram' : iki taraflı olarak fasyal ile kaplanmış tek bir kas tabakası). Kasın hemen altında yer alan tek bir bağ dokusu membranıdır. Hymen hizasında bulunur ve üretra, vagina ve perineal cismi pubik kemiğe bağlar. Kompresör üretra ve üretrovaginal sfinkter kasları perineal membranın üst yüzeyi ile ilgilidirler. Bu anatomik ilişki, öksürükten hemen önce kompresör üretra ve üretrovaginal sfinkter kaslarının kasılmasıyla, distal üretrada öksürük anındaki basıncın neden yükseldiğini açıklar (45).

POP'lu HASTALARDA TANI VE DEĞERLENDİRME

Anamnez

Obstetrik ve jinekolojik öykü; gravide, parite, doğum şekli, spontan, operatif vajinal(epizyotomi, forseps kullanımı, vakum ile doğum), sezeryan (doğumun ilk evresinde mi, ikinci evresinde mi yapıldığı), makrozomik bebek, anal sfinkter laserasyonları(üçüncü ve dördüncü derece perineal laserasyonlar veya insizyonlar) sorgulanmalıdır. Çocuk doğurma isteği de tedaviyi planlama açısından sorgulanması gereken önemli bir konudur. Pek çok yazar pelvik rekonstrüksiyon ve anti inkontinans ameliyatlarının çocuk isteği tamamlandıktan sonra yapılması gerektiğini savunmaktadırlar (49).

Jinekolojik öyküde mesane kapasitesini azaltıp, mesane içi basınç artımına neden olabilecek kitle, asit, şiddetli endometrioz ya da pelvik enfeksiyon araştırılmalıdır. Radikal histerektomiler alt üriner sistem denervasyonu, pelvik adhezyonlar veya üriner fistüller nedeniyle inkontinansa neden olabilirler (50).

Hayat Kalitesi ve Semptom Ölçekleri

Hastanın kendi kendine doldurduğu ve üriner-fekal inkontinans, aşırı aktif mesane ve pelvik organ prolapsusu ile ilgili yazılı anketler vardır. Bu sorgulamaların çoğu uzundur ve pelvik taban hastalıklarının genellikle bir yönüyle ilgilidirler. Genellikle araştırmalarda kullanılmalarına rağmen ilk basamak hasta muayenesinde de kullanılabilirler (41,51).

Hayat Kalitesi Ölçekleri

Hayat kalitesi, valide edilmiş ‘Hayat Kalitesi Sorgulamaları’ ile belirlenir. Hayat kalitesi ölçümleri, özellikle hastanın algıladığı genel sağlık iyiliğinin bulunduğu klinik çalışmalarının sonucunun belirlenmesinde kullanılırlar.

Yaşama kalitesi terimi ilk olarak 1939 yılında Thorndike tarafından kullanılmış ve “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Hayat kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Kişinin sağlık durumunu gösteren ölçütlerin kombinasyonu anlamına gelir (52).

Genel ve hastalığa özgü olmak üzere hayat kalitesi sorgulamaları iki ana gruba ayrılırlar. Genel sorgulamalar hastalığın tipine bakılmaksızın farklı gruptaki kadınlara uygulanabilir. Hastalığa özgü sorgulamalar ise tek bir hastalık ve bu hastalığın klinik önemi olan sahalarına odaklanarak kurgulanırlar. Bu nedenle genel sorgulamalara oranla değişikliklere ve sonuçlara daha duyarlıdırlar (52).

Literatürde POP’nun semptomların değerlendirilmesinde ve uygulanacak cerrahi yöntemin etkinliğinin gösterilmesinde birçok anket formları kullanılmıştır. POP ve/veya üriner inkontinansı olan kadınlarda seksüel fonksiyonları ve tedavi başarısını değerlendirmek için Rogers ve ark. tarafından geliştirilen PISQ-31 kullanılmıştır. Yakın zamanda aynı ekip tarafından geliştirilen kolay uygulanabilir ve uzun form ile korele olan PISQ-12 literatürde daha çok kullanılmaya başlanmıştır (54). Prolapsusun irritatif, obstrüktif ve distres semptomlarıyla ilişkisini değerlendirmede PFDI-20 ve prolapsusun fiziksel aktivite ve emosyonel durumla ilişkisini değerlendirmede PFIQ-7 değerlendirme formları kullanılmıştır (55). Prolapsus semptomları ve hayat kalitesine olan etkilerini değerlendirmede literatürde PSI / QOL formu da kullanılmıştır(56). Ülkemizde de prolapsusun semptomlarını ve hayat kalitesine etkisini değerlendirmek için Türk Ürojinekoloji Derneği tarafından literatürdeki değerlendirme formlarına benzer şekilde prolapsus hayat kalitesi (P-QOL) formu kullanılmaktadır (58). P-QOL anketi genel sağlığı belirlemek için 11 soru, pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomları irdeleyen 7 soru, pelvik organ prolapsusun neden olduğu fiziksel kısıtlamayı değerlendiren 2 soru, pelvik organ prolapsusun neden olduğu sosyal

kısıtlamayı değerlendiren 2 soru, pelvik organ prolapsusun kadının kişisel ilişkilerine etkilerini araştıran 3 soru, pelvik organ prolapsusun kadının duygusal ilişkilerine etkilerini araştıran 3 soru, pelvik organ prolapsusun kadının uyku ve enerjisine etkisini irdeleyen 2 soru, semptomların yaygınlığını irdeleyen 4 sorudan oluşmaktadır (58).

Fizik Muayene

Genel fizik muayene: Hastalar alt üriner sistem disfonksiyonuna neden olabilecek nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunlar yönünden araştırılmalıdır (53).

Nörolojik muayene: Pelvik nörolojik muayene, anal ve bulbokavernöz refleklere bakılarak yapılır. Labium majus veya klitoris stimülasyonu ile bulbokavernöz kasın kontraksiyonu izlenir. Perineal cildin uyarısı ile anal sfinkter kasılır. Bu refleksler bilateral alınmalıdır. Normal cevaplar S2-S3-S4 segmentlerin motor ve duysal refleks arklarının sağlam olduğunu gösterir. Mesane ve pelvis bu segmentlerden gelen sinirler ile inerve olur (53).

Pelvik ve genito üriner sistem muayenesi: İlk olarak vulva ve perine eritem ve inflamasyon yönünden incelenmelidir. Kronik idrar teması ile perineal ciltte bu bulgular izlenebilir. Spekulum muayenesinde vajende atrofi varlığı araştırılmalıdır. Vajinal akıntı, önceden geçirilmiş travma ya da operasyon skarı araştırılır. Valsalva manevrası ile sistosel ve proksimal üretral hipermobilité ile birlikte vajinal ruga kaybıyla olabilen anterior vajinal relaksasyon varlığı ve şiddeti saptanmalıdır. Bunun gibi rektosel, enterosel, uterin desensus veya vajinal vault prolapsusu araştırılmalıdır. Uterus ve adneksler için bimanuel muayene yapılmalıdır (53).

Jinekolojik Muayene

Ürogenital atrofik değişiklikleri vajinal akıntı, sürtünmeye bağlı servikal erezyon, idrarın inkontinansa bağlı kronik tahrişine bağlı dermatit (diaper rash), geçirilmiş epizyotomi ve laserasyon tamirine bağlı perineal skarlar değerlendirilmelidir. Pelvik taban kas tonusu, eksternal anal sfinkter ve rektovajinal septumun tonusunu ve bütünlüğünü değerlendirmek için rektovajinal muayene yapılmalıdır. Üriner semptomlara bağlı stres test, Qtip test yapılabilir. Özellikle stres testi negatif olanlarda ve ileri evre prolapsusu olan hastalarda sarkan kısım redükte edildikten sonra stres testi tekrarlanmalıdır. Komplike olgularda ürodinamik testler planlanabilir (58).

Pelvik prolapsusu derecelendirmek için muayene litotomi pozisyonunda başlamalıdır, ancak prolapsus hastanın tariflediğinden daha az veya semptomların işaret ettiğinden daha hafif görülüyor ise muayenenin dik veya ayakta tekrarlanması gerekmektedir. Premenapozal kadınlarda muayene, semptomların daha ağır olduğu menüstruasyondan kısa bir süre öncesine veya mensin olduğu zamana ertelenebilir. Simps spekulumu veya graves spekulumun arka kaşığı ile anterior, posterior vajinal duvar ve apikal prolapsuslar maksimum ıkınma ile derecelendirilir. Sonrasında uterin boyut ve konturlarını, adneksiyal yapıları değerlendirmek için bimanuel muayene yapılmalıdır (58).

Rutin prolapsus değerlendirmesinde yapılmamasına rağmen prolapsusun tipini ve yanında olan oluşumları tayin etmek için BT, MRG, Ultrason, Sistoskopi, Proktoskopi, digital rektovajinal muayene gibi yardımcı testler uygulanabilir (58).

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU SKORLAMA (POP-Q)

Pelvik organ prolapsusu sınıflandırma sistemi (POP-Q): Pelvik organ prolapsuslarını sınıflamak için birçok sistem kullanılmıştır. Özellikle çalışmalardaki grupların tanımlanması ve karşılaştırılabilmesi, prolapsusla ilgili semptomların ve değişik tedavi yöntemlerinin başarısının değerlendirilebilmesi için gereklidir. Bunlardan en çok bilinenleri Kelly, Baden, Porges, Beecham ve POPQ sınıflandırmalarıdır. 1996 yılında International Continence Society (ICS) tarafından kabul edilen Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) sınıflaması, uluslararası kullanılan valide edilmiş tek sınıflamadır (59).

Kadınlardaki pelvik desteğin; tanımlanmasında, nicelenmesinde ve evrelendirilmesinde nesnel(objective) ve konuma özgün (site-specific) sistemdir. Prolapsus açık olarak tanımlanmış anatomik referans noktalarına bağlı bir standart sistem ile değerlendirilmelidir. İki tip referans noktası vardır:

- Sabit nokta
- ve bu sabit noktaya göre “tanımlanan noktalar” (59).

SABİT REFERANS NOKTASI: Hymen sabit referans noktasıdır. Levator ani disfonksiyonuna göre yeri değişebilir ama yine de görülebilir ve hassas olarak tanımlanabilir. İntroitus terimine göre daha hassastır. Hymene göre proksimalde olan noktalar negatif, distalde olan noktalar ise pozitif olarak değerlendirilir (59).

TANIMLANMIŞ NOKTALAR: Altı adet referans noktası vardır. İki vagina ön duvarında, ikis arka duvarda ikisi de vaginanın üst kısmında yer alır (59).

Aa Noktası: Anterior vaginal duvarın orta hattında, eksternal üretral meatus un 3 cm arkasında, çoğu hastada görülebilen “üretrovesikal plika” nın izdüşümünde yer alır. Aa noktası hymen etrafında +3 ve – 3 sınırlarında yer alır

Ba Noktası: Ön vajen duvarının ön forniks (veya cuff) dan itibaren Aa noktasına kadar olan kısmın en önde olan noktasıdır.

C Noktası: Serviksin veya cuff’ın en distal kenarı

D Noktası: Serviksi mevcut olan bir kadında, posterior forniksi, Douglas’ı, uterosakral ligamentlerin servikse yapıştığı yeri gösterir.

Bp Noktası: Arka vajen duvarının arka forniks (veya cuff) dan itibaren Ap noktasına kadar olan kısmın en önde olan noktasıdır.

Ap noktası: Posterior vaginal duvarın orta hattında, hymenin 3 cm projksimalindedir. Ap noktasının hymen etrafındaki sınırları +3 ve – 3 arasındadır.

Genital hiatus (gh): Orta hatta Eksternal üretral meatusun ortasından hymenin posterioruna kadar ölçülür. Eğer hymen seçilemiyorsa perineal cisim kullanılır.

Perineal cisim (pb): Genital hiatusun arka kenarından midanal açıklığa kadar ölçülür.

Total vaginal uzunluk (tv): C veya D normal pozisyonlarına yerleştirildikten sonra vaginanın en derin noktasının ölçümüdür (59).

Ölçme ve kaydetme:

Hymen 0 noktası olmak üzere pozisyonlar santimetre olarak kaydedilirler. Hymenin proksimali negatif, distal kısmı ise pozitif değerler alır. Ölçümler sırasına göre basit rakamlar halinde veya 3x3 lük tablolar (tic-tac-toe) halinde veya çizgisel diagramlarda gösterilebilirler (59).

Stage 0: Prolapsus gösterilememektedir.

Aa, Ap, Ba ve Bp -3 noktasındadırlar. C ve D “– TVL cm” sınırları içerisindedir .

Stage I : 0 için olan kriterler yoktur ancak prolapsusun en distal kısmı hymenin 1 cm üzerindedir. (Böylelikle kantitasyon değeri -1 cmden küçüktür)

Stage II: Prolapsusun en distal noktası hymen seviyesinin 1 cm distalinde veya proksimalindedir. (Böylelikle kantitasyon değeri -1 cmden büyüktür ancak +1 cm den küçüktür.)

Stage III: Prolapsusun en distal noktası hymen seviyesinin 1 cm den daha fazla distalindedir ancak total vaginal uzunluğun 2 cm daha eksiğinden fazla sarkmamaktadır. Veya proksimalindedir. (Böylelikle kantitasyon değeri +1 cm den büyüktür ancak [TVL – 2 cm] den küçüktür. Şekil 4 A II Ba, 4 B ise III Bp prolapsusu göstermektedir.

Stage IV: Alt genital traktusun total eversiyonu sözkonusudur. Prolapsusun en distal noktası en az (TVL-2) seviyesine kadar sarkmıştır. (Böylelikle kantitasyon değeri [TVL – 2 cm] den büyüktür (59).

PELVİK ORGAN PROLAPSUSTA SEMPTOMATOLOJİ

POP'u olan hastaların değerlendirilmesinde yapısal semptomların yanı sıra alt üriner sistemi, barsakları, seksüel hayatı ve bunların hayat kalitesi üzerine olan etkilerini içeren fonksiyonel semptomlar da göz önünde bulundurularak sorgulanmalıdır. Ellerkmann ve arkadaşlarının prolapsusu olan 237 kadını inceledikleri çalışmalarında bu hastalarda % 63 sarkmayla, % 73 üriner inkontinansla, % 86 üriner urgency ve sıklıkla, % 62 işeme disfonksiyonu, % 31 fekal inkontinansla ilgili semptomlar tespit etmişlerdir (60).

Mekanik Semptomlar

Prolapsusun ağırlaşması ile oluşan sarkma semptomları vajende yük ya da dolgunluk hissi, vajene bir şey düşme hissi, perineal ya da vajinal bölgede pelvik basınç ve ağırlık hissi olarak algılanmaktadır. Haftada en az bir defa prolabe olan kısmı introitus dışında hisseden hastaların % 80'i bu durumun kendilerinin hayat kalitesini kötü etkilediğini belirtmişlerdir (42). Bel ağrısı ya da alt karın bölgesine ait ağırlık hissi gibi şikayetler POP için özgül olmayan semptomlardandır (61).

Alt Üriner Sistem Semptomları

POP'u olan kadınlarda işeme ile ilgili problemler de görülebilmektedir (12). İşeme esnasında tereddüt hissetme, sık sık idrara gitme hissi, işemeyi başlatmak ya da tamamlamak için prolabe olan kısmın elle düzeltilmesi ve idrar retansiyonu daha sık görülmektedir (62, 63, 64).

Alt üriner sisteme ait semptomların araştırıldığı çalışmaların neticesinde POP'u olan hastaların % 13-83 arasında stres inkontinans, % 21-73 arasında urge inkontinans bulunmuş iken, prolapsusu olmayan kadınlarda ise bu oranlar % 15-20 arasında görülmüştür (12, 65).

Gastrointestinal Semptomlar

Prolapsusu olan kadınlar barsak disfonksiyonu ile ilgili semptomlarla gelebilmektedir. Bu semptomlar yetersiz boşaltma hissi, ıkınma hissi, defekasyonu başlatmak ya da tamamlamak için vajene parmakla bası uygulama, urgency ve inkontinans olarak sayılabilmektedir (62, 63, 64). Doğum, geçirilmiş operasyonlar ve ileri yaşın pelvik destek sistemi ve sinirlere yaptığı hasar gösterilen en önemli risk faktörleridir (66).

Cinsel Fonksiyonla İlgili Semptomlar

POP'un ve üriner inkontinansın tedavisi seksüel fonksiyonlardan çok, üriner kontinansın ve normal anatominin sağlanması üzerine odaklanmıştır. Bu semptomlarla ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğu retrospektif olup, disparoni ve seksüel memnuniyet çerçevesinde değerlendirilmektedir (67).

Disparoni multifaktöriyel semptom olup vajinal kuruluk, atrofi, düşük östrojen seviyeleri nedeniyle ileri yaşlardaki kadınlarda görülmektedir (68). Yaşlı kadınlarda % 10 ile 40 oranları arasında seksüel disfonksiyon, % 25 oranında da disparoni bildirilmiştir (69).

ÜROJİNEKOLOJİDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Prolapsus hastalık değil, fiziksel, mental, sosyal ya da çevresel faktörlerin yol açtığı semptomdur. Prolapsus nedenleri multifaktöryel olduğundan dolayı, inkontinanslı bireylere hizmet sağlamada, birçok sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri hem direkt hem de indirekt olarak rol alır.

Ebe ve Hemşirenin Üriner İnkontinans ile İlgili Sorumlulukları

Ebe ve hemşirelerin üriner inkontinans ile ilgili sorumlulukları; üriner inkontinans oluşmasını önleme ve üriner inkontinans yaşayan kadınların tedavisinde aktif rol alma olmak üzere iki grupta ele alınabilir.

1. Ebe ve hemşireler, kadınlarda üriner inkontinans gelişmesine katkıda bulunan faktörleri belirleyerek, bireylerin bu faktörlere maruz kalmalarını önleyerek ve pelvik taban kas gücünü arttıran egzersizleri öğreterek üriner inkontinans oluşmasını önleyebilir ve böylece kadın sağlığını geliştirebilirler (70). Ebe ve hemşirelerin yapabileceği uygulamalar şöyle sıralanabilir:

- Kadınlara ağır cisimleri kaldırmamalarının yada çekerek taşımalarının öğretilmesi (70, 71)
- Kadınların normal kiloda olmalarına yardımcı olma (70, 72).

- Kadınların sık konstipasyon yaşamalarının önlenmesi (70, 73),
 - Kadınların sigara kullanımının azaltılması (70)
 - Kadınların alkol ve kafeinli içecekler gibi diüretik etkili ya da mesaneyi uyarıcı maddeleri kullanmalarının azaltılması (72, 74)
 - Gebelikten önce, gebelik süresince ve doğumdan sonra pelvik taban kas egzersizlerini öğretmek ve düzenli yapılmasını sağlayarak uzun vadede üriner inkontinans gelişiminin önlenmesi (70, 75).
 - Perine tabanının travmatize olmasını önlemek için doğum eyleminin ikinci evresinin iyi yönetilmesi (70, 75).
2. Ebe ve hemşireler üriner inkontinans yaşayan kadınların problemlerini tanımlarına yardım ederek, onları tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirerek ve tercih edilen tedavinin uygulanmasında aktif rol alarak, onların hayat kalitelerini geliştirebilirler (70, 75).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırmamız, 40 yaş üstü kadınların pelvik organ prolapsusu prevelansı ve prolapsusu olan kadınların hayat kalitelerinin ne şekilde etkilendiğinin anket çalışması sonucunda değerlendirildiği kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN UYGULANDIĞI YER VE ZAMAN:

Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer

Araştırmada, Kırklareli Babaeski İlçe ve Köylerine bağlı olarak hizmet veren 7 (yedi) Sağlık Ocağı, fazla sayıda haneye hizmet vermesi nedeniyle seçilmiştir.

Araştırmanın Gerçekleştirildiği Zaman

Araştırmanın verileri 11.02.2008 tarihinde toplanmaya başlanmış ve 14.05.2008 tarihinde anket çalışması sona ermiştir. Bu tarihler arasında yapılan ev ziyareti ile 40 yaş üstü kadınlara iki adet form doldurtulmuştur. Bunlar; sosyodemografik özelliklerini ortaya koyabilmek için araştırmacı tarafından geliştirilen form (EK 1) ile Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ürener şikayetlerin hayat kalitesine etkilerini inceleyen uluslararası kullanılan bir anket olan Pelvik Organ Prolapsus Hayat Kalitesi Ölçeği (P-QOL)'dir.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

İl Sağlık Müdürlüğü'nden edinilen bilgilere göre; Kırklareli Babaeski 1 No' lu Merkez Sağlık Ocağında (M.S.O) 40 yaş ve üzerindeki kadın sayısı 3421, 2 No' lu M.S.O'da 1951, 3 No' lu M.S.O'da 2308, Taşagöl Sağlık Ocağı'nda 653, Büyükmandıra Sağlık Ocağı'nda 969, Karahalil Sağlık Ocağı'nda 851, Alpulu Sağlık Ocağı'nda 1693'tür.

Araştırmanın evrenini, Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nde kayıtları bulundurulan Haziran 2006 yılı Ev Halkı Tespit Formları (E.T.F.) aracılığı ile yapılan nüfus sayımına göre Kırklareli Babaeski İlçesindeki 7 Sağlık Ocağı'na bağlı 40 yaş ve üzeri yaş gruplarındaki toplam 11.846 kadın oluşturmuştur.

Araştırmamıza alınacak 40 yaş ve üzerindeki kadın sayısı saptanırken olayın görülüş olasılığı incelenmek istendiğinde örnekleme alınacak birey sayısının saptanmasında aşağıdaki formül uygulanmıştır. Bu formüle göre ;

N: Evrendeki birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

z: p=0,05 devrine karşılık gelen normal dağılım eğrisi değeri

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = 367$$

Örnekleme büyüklüğü en küçük 367 olarak bulunmuş ve örnekleme bunun üzerinde bir rakam olarak 400 alınmıştır. Örnekleme bölgelerine ait ev halkı tespit fişleri taranarak 40 yaş üstü tüm kadınların adres ve telefon numaraları listelenmiştir. Yaş gruplarından araştırmaya alınacak kadın sayısı belirlenmiştir. Her tabakadan araştırmaya dahil edilecek kadınlar basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Kırklareli İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarına Göre Örneklem Alınan Kadınların Dağılımı

	Yaş Grupları										Toplam
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 ↑	
1 No'lu M.S.O	23	22	20	14	9	8	6	4	1	1	115
2 No'lu M.S.O	11	12	11	8	6	6	6	4	1	1	66
3 No'lu M.S.O	15	15	15	10	6	7	6	4	1	1	78
Taşagıl S.O	4	3	2	3	2	2	3	2	1	1	22
B.Mandıra S.O	7	7	5	4	3	3	3	2	1	1	33
Karahalil S.O	4	4	4	4	3	3	3	2	1	1	29
Alpulu S.O	8	10	11	7	5	5	6	4	1	1	57
TOPLAM	72	73	68	50	37	40	42	29	7	7	400

VERİLERİN TOPLANMASI:

Araştırmada Kullanılan Araçlar:

Araştırmacını geliştirdiği Anket formu

Anket formu (EK 2)'ye ilişkin sorular; yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyo demografik özellikleri, gebelik yaşı, gebelik sayısı, sigara içip içmediği, menopoz durumu, kabızlık durumu, işeme ile ilgili problemleri, seksüel problemleri, bilgi düzeyi gibi sorulardan oluşmaktadır.

Kadınların sosyo-demografik özelliklerini, pelvik organ prolapsusunu arttıran bazı risk faktörlerini, pelvik organ prolapsuslu kadınların durumlarının farkındalıklarını, bilgi düzeylerini ve merkeze başvurma durumlarını belirlemek amacı ile literatür bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından geliştirilen 42 soruluk anket formu oluşturulmuştur.

Pelvik Organ Prolapsus Hayat Kalitesi Ölçeği (P-QOL)

P-QOL anketi basit, güvenilir ve kolaylıkla anlaşılabilir bir ankettir. Semptomların yaygınlığını karakterize eder. Hayat kalitesi üzerine etkilerini belirler ve ürogenital prolapsusu olan kadınlarda tedavinin sonuçlarını değerlendirmeye yarar.

36 sorudan oluşan P-QOL anketi ilk defa ürogenital prolapsusun hayat kalitesi üzerine olan etkilerini ölçmek için geliştirildi.

Anket formu (EK 3) aşağıdaki bölümlerden oluşmuştur:

- 1 Genel sağlığı belirlemek için 11 soru,
- 2 Pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomları irdeleyen 7 soru,
- 3 Pelvik organ prolapsusun normal günlük aktiviteler üzerine kısıtlayıcı etkisini irdeleyen 2 soru,
- 4 Pelvik organ prolapsusun neden olduğu fiziksel kısıtlamayı değerlendiren 2 soru,
- 5 Pelvik organ prolapsusun neden olduğu sosyal kısıtlamayı değerlendiren 2 soru,
- 6 Pelvik organ prolapsusun kadının kişiisel ilişiiklerine etkilerini araşiıtır 3 soru,
- 7 Pelvik organ prolapsusun kadının duygusal ilişiiklerine etkilerini araşiıtır 3 soru,
- 8 Pelvik organ prolapsusun kadının uyku ve enerjisine etkisini irdeleyen 2 soru,
- 9 Semptomların yaygınlığını irdeleyen 4 soru.

Pelvik organ prolapsus prevalans çalışmalarında prolapsuslu bireyleri belirlemek amacıyla genellikle anamnezden yola çıkılarak bireylere sarkma probleminiz hayatınızı ne kadar etkiliyor sorusu sorulmuştır (60,76).

Araştırmamızda da pelvik organ prolapsuslu bireyler belirlenirken “sarkma probleminiz hayatınızı ne kadar etkiliyor?” sorusu yöneltilerek orta, biraz ve çok cevabı veren kadınlar pelvik organ prolapsuslu olarak değerlendirilmiş ve hiç cevabını verenlerde ise pelvik organ prolapsusunun olmadığına karar verilmiştir.

Alt Alan lcekleri

- Genel Sağlık
- Pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomlar
- Günlük Kısıtlamalar
- Fiziksel Kısıtlamalar
- Sosyal Kısıtlamalar
- Kişiisel İlişiikler
- Duygusal Durum
- Uyku/ Enerji
- Semptomların Yaygınlığı

P-QOL Maddeleri

- (toplam 11 madde)
- (toplam 7 madde)
- (toplam 2 madde)
- (toplam 2 madde)
- (toplam 2 madde)
- (toplam 3 madde)
- (toplam 3 madde)
- (toplam 2 madde)
- (toplam 4 madde)

Pelvik Organ Prolapsus Hayat Kalitesi Anketi her biri 5’li Likert tipi cevap içeren 36 maddeden oluşan pelvik organ prolapsuslu hastalarda hayat kalitesini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 9 alt boyut (Genel Sağlık, Pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomlar, Günlük Kısıtlamalar, Fiziksel Kısıtlamalar, Sosyal Kısıtlamalar, Kişisel İlişkiler, Duygusal Durum, Uyku/ Enerji ve Semptomların Yaygınlığı) ve toplam skor değerleri kullanılır.

Ölçeğin alt boyutları ve geneline ilişkin skorlar hesaplanırken her bir boyuta giren maddelerin toplamı alınır. Toplam skoru aldığı maksimum puan 180, genel sağlık durumunu ölçen alt skalada maksimum skor 55, pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomları ölçen skalada maksimum puan 35, günlük kısıtlamalar alt skorunun alacağı maksimum puan 35, fiziksel kısıtlamalar alt skalası için ise 10 puan, sosyal kısıtlamalar alt skalası için 10 puan, kişisel ilişkiler alt skalası için 15 puan, duygusal durum alt skalası için 15 puan, uyku/enerji durumu alt skalası için 10 puan ve semptomların yaygınlığı için ise alt skala 20 puandır. Düşük skor daha kötü hayat kalitesini, yüksek skor daha iyi hayat kalitesini gösterir.

P-QOL toplam skorunu ve alt boyut skorlarını hesaplamada her bir bireyin aldığı skorlar aşağıdaki dönüşümler kullanılarak 0-100 lük skalaya uyarlandı.

$$P - QOL \text{ toplam skor} = \frac{X_i}{110} * 100$$

Alt boyutlara giren maddeler ve skorların hesaplanması aşağıdaki gibidir;

- **Genel sağlık durumu alt skala skoru (n=11 soru):** Bu boyutta yer alan 11 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100’lük skalaya uyarlandı.
Skor = $X_i / 55 * 100$.
- **Pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomların alt skala skoru (n= 7 madde):** Bu boyutta yer alan 7 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100’lük skalaya uyarlandı.
Skor = $X_i / 35 * 100$.
- **Günlük kısıtlamalar alt skala skoru (n=2 madde):** Bu boyutta yer alan 2 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100’lük skalaya uyarlandı
Skor = $X_i / 10 * 100$.
- **Fiziksel kısıtlamalar alt skala skoru (n= 2 madde):** Bu boyutta yer alan 2 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100’lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 10 * 100.$$

- **Sosyal kısıtlamalar alt skala skoru (n= 2 madde):** Bu boyutta yer alan 2 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 10 * 100.$$

- **Kişisel ilişkiler alt skala skoru (n= 3 madde):** Bu boyutta yer alan 3 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 15 * 100.$$

- **Duygusal durum alt skala skoru (n= 3 madde):** Bu boyutta yer alan 3 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 15 * 100.$$

- **Uyku/enerji durumu alt skala skoru (n= 2 madde):** Bu boyutta yer alan 2 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 10 * 100.$$

- **Semptomların yaygınlığı alt skala skoru (n= 4 madde):** Bu boyutta yer alan 4 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 20 * 100.$$

Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik ve Güvenirliği

Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır. Katsayı 1'e yaklaştıkça güvenilirlik artmaktadır, 0'a yaklaştıkça azalmaktadır. Cronbach alfa katsayısı; < 0.40 ise ölçek güvenilir değil, 0.40-0.60 arasında ise ölçek düşük güvenilir, 0.60-0.80 arasında ise orta derecede güvenilir, > 0.80 ise yüksek derecede güvenilir yorumu yapılır.

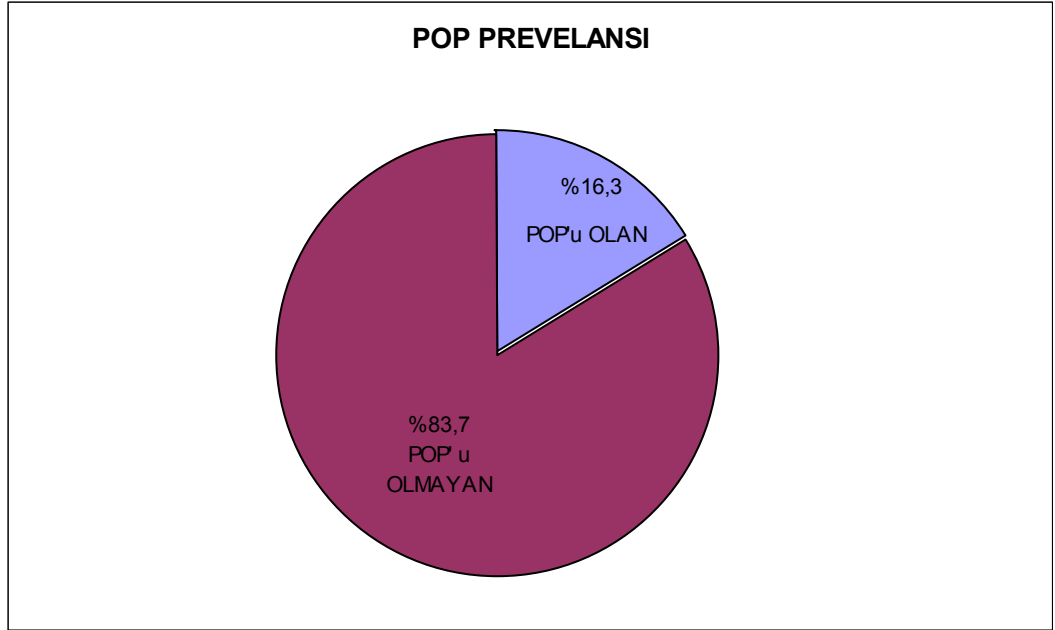
P-QOL inkontinansa özgü hayat kalitesi ölçeğinin güvenilirlik (Reliability) analizi uygulanarak güvenilirlik (Cronbach- α) katsayıları hesaplandı. P-QOL ölçeğinin geneline ilişkin güvenilirlik katsayısı Cronbach α = 0.936 olarak bulundu.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sonuçlar ortalama \pm Standart Sapma ya da sayı (yüzde) olarak ifade edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile incelendi. İki kategoriden oluşan değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlar ve faktör toplam skorlarının karşılaştırılmasında skorlar normal dağılım gösterdiği için Bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. P<0.05 değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde Statistica 7.0 (Lisans no: 31N6YUCV38) paket programı kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma grubumuzdaki kadınlara son bir yıl içerisindeki prolapsus ile ilgili şikayetleri olup olmadığı sorularak pelvik organ prolapsusu prevalansı belirlenmiştir. Buna göre pelvik organ prolapsuslu kadın oranı %16,3 (65/400) olarak saptanmıştır.



Şekil 1. POP PREVELANSI

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Tüm Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	
Pelvik Organ Prolapsusu Olma Durumu	n=400 (%)
Var	65/400 (16,3)
Yok	335/400 (83,7)
Yaş Grupları	n=400 (%)
40-49Yaş	145/400 (% 36,2)
50-59 Yaş	118 /400 (%29,5)
60-69 Yaş	68 /400 (%17,0)
70 Yaş ve Üstü	69/400(%17,3)
Doğum Sayısı	n=400 (%)
0-1	19/399 (%4,8)
2-5	328/399 (%82,2)
5 doğum ve üstü	52/399 (%13,0)
Doğum Şekli	n=400 (%)
Normal Doğum	50/393 (%12,7)
Sezeryan	343 /393 (%87,3)
Menopozal Süreç	n=400 (%)
Menopozda	276/400 (%69)
Menopozda değil	124/400 (%31)
HRT Kullanımı	n=400 (%)
Kullanan	39/342 (%11,4)
Kullanmayan	303/342 (%88,6)
Eğitim Durumu	n=400 (%)
Okur-yazar değil	15/400 (%3,8)
Okur-yazar	22/400(%5,5)
İlkokul	299/400(74,8)
Ortaokul	24/400(6,0)
Lise	25/400(6,3)
Yüksekokul	15/400(3,8)
Meslek	n=400 (%)
Çalışıyor	18 /400 (%4,5)
Ev Hanımı	367/400 (%91,7)
Emekli	15 /400 (%3,8)
Sosyal Güvence	n=400 (%)
Var	362/400 (%90,5)
Yok	38/400 (%9,5)
Sürekli Oturduğunuz Yer	n=400 (%)
Kentsel	246/400 (%61,5)
Kırsal	154/400 (%38,5)
Doğumda Kesi (Epizyo) Açılma Durumu	n=384 (%)
Evet	113/384 (%29,4)
Hayır	271/384 (%70,6)
Doğumda Vakum Kullanılma Durumu	n=361 (%)
Evet	18/361 (%5)
Hayır	343/361 (%95)

Çalışmaya katılan kadınların tamamının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş dağılımları incelendiğinde, 40-49 yaş aralığındaki kadınların, çalışma grubunun çoğunluğunu oluşturduğu görülmektedir (40-49 yaş %36,2).

Kadınların doğurganlık ile ilgili özellikleri incelendiğinde, yaptığımız sınıflandırmaya göre; 2 ila 5 çocuğa sahip olanların oranının yüksek olduğu %82,2 (328/ 399) ve doğum yapanların büyük bölümünün doğumlarını sezeryan doğum şeklinde gerçekleştirdikleri görülmektedir (%87,3 (343/393)).

Menopozal süreçte olan kadın sayısının daha fazla olduğu (%69) ve bu kadınların büyük bir bölümünün menopozal süreçte HRT kullanmadıkları belirlenmiştir (%88,6).

Demografik özelliklerden eğitim faktörü irdelendiğinde, incelenen örneklem grubundaki kadınların çoğunun ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları (%74,8), çalışan kadın oranının oldukça düşük olduğu (%4,5), çalışmaya alınan kadınların çoğunun ev hanımlarından oluştuğu görülmektedir (%91,7).

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun sosyal güvencesinin olduğu sözel ifadeleri dikkate alınarak belirlenmiştir (%90,5). Kadınların %61,5’i kentsel bölgede oturmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun doğumunda epizyo (kesi) açılması gibi cerrahi müdahalelerin yapılmamış olduğu (%70,6) ve vakum, forseps gibi uygulamaların kullanılmamış olduğu (%95) belirlenmiştir.

Tablo 3. Pelvik Organ Prolapsusu Olan ve Olmayan Kadınların Demografik ve Retroduktif Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Prolapsus Grubu n=65 (%)	Kontrol Grubu n=335 (%)	p[†]
Yaş^a	57±12,3	56,0±11,7	0,542[†]
Parite^a	4,8±2,1	3,4±1,8	<0,001[‡]
BMI^a	31,8±5,0	29,4±22,7	<0,001[‡]
İlk Gebelik Yaşı	n=65 (%)	n=327(%)	<0,001[‡]
15-19 Yaş	51/65 (%78,5)	160/327 (%49)	
20-24 Yaş	13/65 (%20,0)	143/327 (%43,7)	
25 Yaş ve Üstü	1/65 (%1,5)	24/327 (%7,3)	
Doğum Şekli	n=65 (%)	n=328(%)	
Sezeryan	4/65 (%6,1)	46/328 (%14,0)	0,082[‡]
Normal Doğum	61/65 (%93,9)	282/328 (%86,0)	
Doğumunuzda Kesi (Epizyo) Açıldı mı?	N=65 (%)	n=319 (%)	
Evet	26/65 (%40,0)	87/319 (%27,2)	0,040[‡]
Hayır	39/65 (%60,0)	232/319 (%72,8)	
Doğumda Vakum Kullanılma Durumu	n=65 (%)	n=317 (%)	
Evet	5/65 (%7,7)	13/317 (%4,1)	0,418[‡]
Hayır	60/65 (%92,3)	304/317 (%95,9)	
Menopoz Durumu	n=65 (%)	n=335 (%)	
Menopoza giren	50/65 (%77,0)	226/335 (%67,5)	0,131[‡]
Menopoza girmeyen	15/65 (%23,0)	109/335 (32,5)	
Menopozda HRT Kullanımı	n=65 (%)	n=262 (%)	
Kullanan	11/60 (%18,3)	28/262 (%10,0)	0,063[‡]
Kullanmayan	49/60 (%81,7)	254/262 (%90,0)	

[†]: Bağımsız gruplarda t testi, [‡]: Ki-kare testi

^a ortalama ± standart sapma

Tablo 3’de pelvik organ prolapsusu olan kadınların demografik özellikleri incelenerek pelvik organ prolapsusu olmayan kadınlarla karşılaştırılması yapılmıştır. Genel olarak pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, yaş gruplarının her iki grupta da birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p= 0,542$).

Pelvik organ prolapsuslu kadınlar doğum sayısı (parite) açısından incelendiğinde, pelvik organ prolapsusu olan kadınların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sayıda doğum yapmış oldukları saptanmıştır (Tablo 3) ($4,8 \pm 2,1$ vs $3,4 \pm 1,8$, $p < 0.001$).

Kadınların beden kitle indeksleri hesaplanırken kullanılan formül;
 $BMI = \text{kg}/(\text{boy})^2$ şeklindedir. Çalışmaya alınan kadınlardan boy ve kilosunu tam olarak bilenlerin BMI ölçümleri değerlendirmeye alınmıştır. Pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar beden kitle indeksi açısından karşılaştırıldığında ise aralarında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir (Tablo 3) ($31,8 \pm 5,0$ vs $31,8 \pm 5,0$, $p < 0.00$).

İlk gebelik yaşı açısından incelendiğinde, pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Pelvik organ prolapsusu olan kadınların çoğunluğunun (%78,5) ilk gebeliğini 15-19 yaşları arasında yaşadıkları belirlenmiştir. Prolapsusu olmayan kadınlarda ise bu yaş grubunda doğum yapanların oranı %49,0' dur.

Normal doğum oranı için her iki çalışma grubu arasında bir fark olmayıp sezeryana göre normal doğum oranı her iki grupta da daha yüksek olarak saptanmıştır.

Pelvik organ prolapsusu olmayan kadınlarda sezeryan oranı, pelvik organ prolapsusu olan kadınlara göre daha yüksek görülmekle birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı gözlenmektedir (%14 vs %6,1 $p = 0.082$).

Her iki çalışma grubunda da normal doğum yapanların çoğunda kesi (epizyo) açılmadığı görülmektedir. Epizyo açılma oranı açısından pelvik organ prolapsusu olan grupta anlamlı düzeyde kesinin (epizyonun) yapılma oranının pelvik organ prolapsusu olmayan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (%40 vs %27,2 $p = 0.040$).

Vajinal doğum yapan kadınlarda vakum, forseps gibi müdahalelerin kullanım oranları pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır (Tablo 3).

Pelvik organ prolapsusu olan kadınların %77'sinin menopoz döneminde olduğu, prolapsus problemi olmayan kadınların ise %67,5'inin menopoz döneminde olduklarını saptanmıştır (Tablo 3). Pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar arasında menopoz döneminde olan kadın sayısı yönünden anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir.

Pelvik organ prolapsusu olan kadınların %81,7'si menopozda HRT kullanmamakta, pelvik organ prolapsusu olmayan kadınların ise %90'ı HRT kullanmamaktadır (Tablo 3). Pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan hastaların çoğunun HRT kullanmadıkları saptanmıştır (Tablo3).

Tablo 4. Pelvik Organ Prolapsusu Olan ve Olmayan Kadınların Sosyokültürel Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Prolapsus Grubu n=65 (%)	Kontrol Grubu n=335 (%)	p[‡]
Eğitim Durumu	n=65 (%)	n=335 (%)	
Okur-yazar değil	3/65 (%4,6)	12/335 (%3,6)	<i>0,458</i>
Okur-yazar	4/65 (%6,2)	18/335 (%5,4)	
İlkokul	52/65 (%80)	247/335 (%73,7)	
Ortaokul	4/65 (%6,2)	20/335 (%6,0)	
Lise	2/65 (%3,1)	23/335 (%6,9)	
Yüksekokul	0/65 (%0,0)	15/335 (%4,5)	
Meslek	n=65 (%)	n=335 (%)	
Çalışıyor	1/65 (%1,5)	17/335 (%5)	<i>0,091</i>
Ev Hanımı	64/65 (% 98,5)	303/335 (%90,5)	
Emekli	0/65 (%0,0)	15/335 (%4,5)	
Sosyal Güvence	n=65 (%)	n=335 (%)	
Sosyal Güvencesi Olan	52/65 (%80,0)	310/335 (%92,5)	<i>0,009</i>
Sosyal Güvencesi Olmayan	13/65 (%20,0)	25/335 (%7,5)	
İkametgah	n=65 (%)	n=335 (%)	
Kentsel	47/65 (%72,3)	199/335 (%59,4)	<i>0,025</i>
Kırsal	18/65 (%27,7)	136/335 (%40,6)	

[‡]: Ki-kare testi

Pelvik organ prolapsuslu kadınların çoğunlukla, ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları (%80,0) ve ev hanımı oldukları (%98,5) belirlenmiştir (Tablo 4).

Pelvik organ prolapsusu olan kadınların %80'inin sosyal güvencelerinin olduğu gözlenmektedir (Tablo 4).

Pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınların ikametgah ettikleri yerin çoğunlukla kentsel alan olduğu görülmektedir (prolapsus grubunda %72,3, kontrol grubunda %59,4). Prolapsuslu kadınlarda kentsel hayat tarzının prolapsusu olmayan kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0,025$).

Tablo 5. Çalışma Gruplarının Prolapsus Oluşumuna Yol Açacak Faktörlerinin İncelenmesi

	Prolapsus Grubu n=65 (%)	Kontrol Grubu n=335 (%)	p[*]
Ağır Cisim Kaldırma Alışkanlığı	n=65 (%)	n=335 (%)	
Var Yok	38/65 (%58,4) 27/65 (%41,6)	77/335 (%23,0) 258/335 (%77,0)	<0,001
Kabızlık Problemi	n=65 (%)	n=335 (%)	
Olan Olmayan	53/65 (%81,5) 12/65 (%18,5)	147/335 (%43,9) 188/335 (%56,1)	<0,001
Sigara	n=65 (%)	n=335 (%)	
Kullanan Kullanmayan	10/65 (%15,4) 55/65 (%84,6)	67/335 (%20,0) 268/335 (%80,0)	0,388
Pelvik Bölgeden Ameliyat Olma Durumu	n=65 (%)	n=335 (%)	
Ameliyat Olan Ameliyat Olmayan	33/65 (%50,8) 32/65 (%49,2)	111/335 (%33,1) 224/335 (%66,9)	<0,001
Astım Varlığı	n=65 (%)	n=335 (%)	
Var Yok	20/65 (%30,8) 45/65 (%69,2)	61/335 (%18,2) 274/335 (%81,8)	<0,001

*: Ki-kare testi

Ağır yük kaldırma alışkanlığı açısından gruplar karşılaştırıldığında, pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda ağır cisim kaldırma alışkanlığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (%58,4 vs %23,0 $p<0,001$).

Kabızlık problemi açısından her iki grup karşılaştırıldığında, pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda kabızlık probleminin anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır(%81,5 vs %43,9 $p<0,001$).

Pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar arasında sigara kullanım alışkanlığı yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 5).

Pelvik bölgeden ameliyat olma durumu incelendiğinde, pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda pelvik bir ameliyat geçirmiş olma oranının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (%50,8 vs %33,1 $p<0,001$).

Astım varlığı açısından her iki grup karşılaştırıldığında, pelvik organ prolapsus problemi olan kadınlarda astım varlığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır(%30,8 vs %18,2 $p<0,001$).

Tablo 6. Kadınların Pelvik Organ Prolapsus Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı

	Prolapsus Grubu n=65 (%)	Kontrol Grubu n=335 (%)	p[‡]
Rahim Sarkması Hakkında Bilgisi	n=65 (%)	n=335 (%)	
Var Yok	22/65 (%33,9) 43/65 (%66,1)	19/334 (%5,7) 315/334 (%94,3)	<0,001
Merkeze Başvurma Durumları	n=65 (%)	n=335 (%)	
Herhangi bir merkeze başvuran Herhangi bir merkeze başvurmayan	15/65 (%23,0) 50/65 (%77,0)	0/335 (%0,0) 335/335 (%100)	<0,001
Bilgi Edinme Kaynağı	n=22 (%)	n=18(%)	
Ebe/Hemşire Tv,Radyo Gazete,Dergi,Kitap Doktor	6/22 (%27,2) 4/22 (%18,2) 0/22 (%0,0) 12/22 (%54,6)	3/18 (%16,7) 4/18 (%22,2) 5/18 (%27,8) 6/18 (%33,3)	0,053
Kegel Egzersizleri Hakkında Bilgili Olma Durumu	n=65 (%)	n=335 (%)	
Bilgisi var Bilgisi yok	10/65 (%15,4) 55/65 (%84,6)	28/335 (%8,4) 307/335 (%91,6)	0,077
Egzersizleri Uygulama Durumları	n=65 (%)	n=335 (%)	
Uygulayan Uygulamayan	3/65(%4,6) 62 /65 (%95,4)	13 /335 (%3,9) 322 /335 (%96,1)	0,782
Egzersizlerin Faydasını Görme durumu	n=6 (%)	n=14 (%)	
Evet Hayır	1/6 (%16,7) 5/6 (%83,3)	11/14 (%21,4) 3/14 (%78,6)	0,010

[‡]: Ki-kare testi

Pelvik organ prolapsus hakkında bilgi durumu açısından gruplar karşılaştırıldığında pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınların bilgi durumlarının oldukça az olduğu, fakat pelvik organ prolapsusu olan kadınların bilgi durumlarının pelvik organ prolapsus problemi olmayanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 6) (%33,9 vs %5,7 $p<0,001$).

Pelvik organ prolapsus hakkında merkeze başvurma durumları açısından pelvik organ prolapsusu olan kadınların sadece %23,0'ünün herhangi bir merkeze başvurdıkları geriye kalan %77,0'sinin ise pelvik organ prolapsusu şikayetleri oldukları halde herhangi bir merkeze başvurmadıkları ortaya çıkmaktadır (Tablo 6).

Pelvik organ prolapsusu problemi olan kişilerin daha çok sağlık çalışanlarından bilgi aldıkları (%54,6 doktor, %27,2 ebe, hemşire) belirlenmiştir (Tablo 6).

Pelvik organ prolapsusu olan kadınların %84,6' sının kegel egzersizleri hakkında bilgili olmadıklarını, bilgisi olan grupta (%15,4) ise sadece %4,6'sının bu egzersizi uyguladığı, %83,3' ünün ise kegel egzersizlerinden bir fayda görmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 7. Pelvik Organ Prolapsuslu Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin P-QOL Anketi İle Analizi

Total P-QOL Anket Skoru	n	Mean	Std. Deviation	min	Max
PQOL-Genel sağlık Alt Skala Skoru	65	67,0	15,9	25	100
PQOL- Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar Alt Skala Skoru	65	48,8	15,8	8	87
PQOL- Günlük Kısıtlama Alt Skala Skoru	65	71,9	22,9	25	100
PQOL- Fiziksel Kısıtlama Alt Skala Skoru	65	53,5	16,4	12	75
PQOL- Sosyal Kısıtlama Alt Skala Skoru	65	80,2	17,9	12	75
PQOL- Kişisel İlişkiler Alt Skala Skoru	65	58,9	30,7	8	100
PQOL- Duygusal İlişkiler Alt Skala Skoru	65	80,2	23,3	25	100
PQOL- Uyku/Enerji Durumu Alt Skala Skoru	65	71,9	24,4	25	100
PQOL- Semptomların Yaygınlığı Alt Skala Skoru	65	52,6	25,0	25	100
Toplam skor Alt Skala Skoru	65	80,7	15,0	18	91

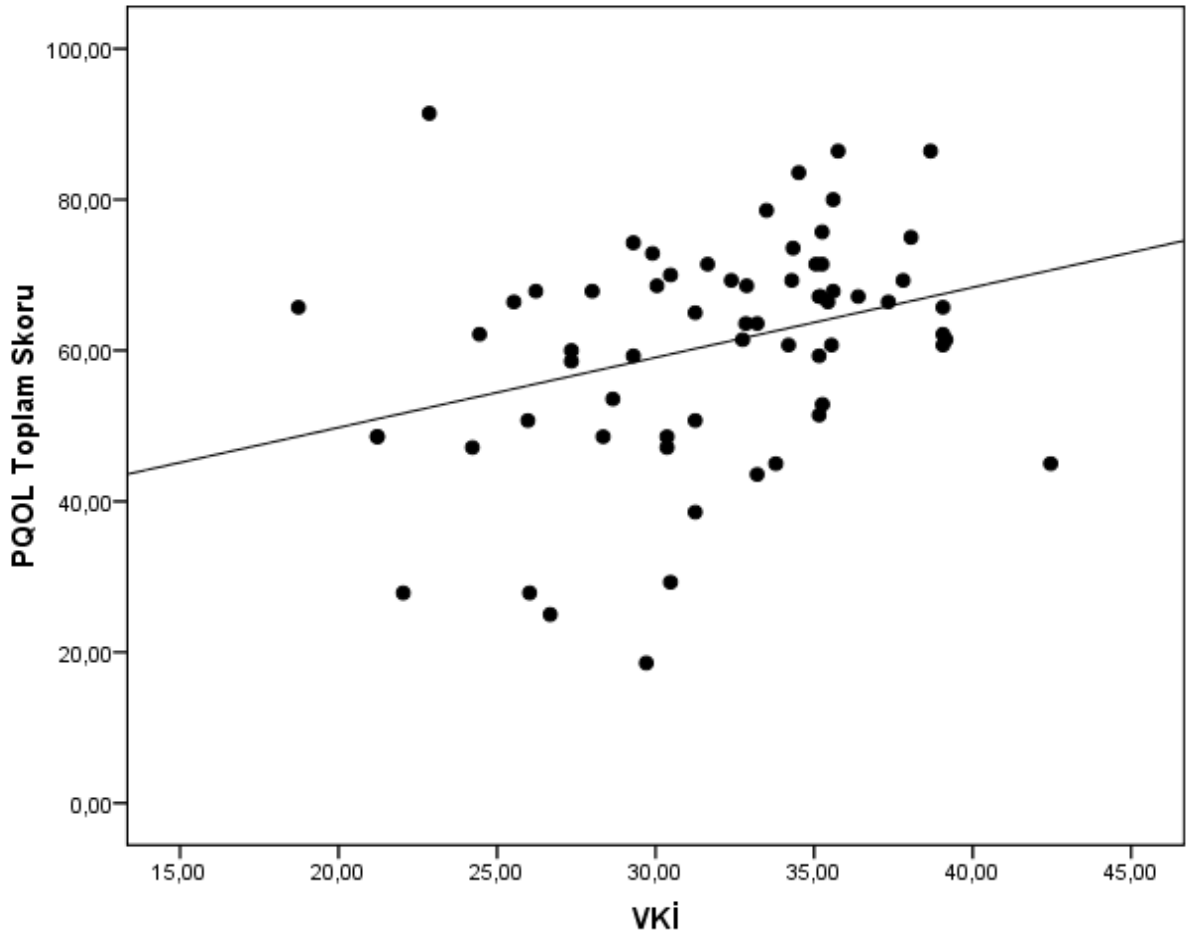
Tablo 7, pelvik organ prolapsuslu hastalarda yapılan P-QOL anketi ve alt skalalarının aldığı skorları göstermektedir. Genel olarak total skor ortalaması 65 anket uygulanan kadında 80,7 olarak bulunmuştur. Alt skalaların ortalaması ise en fazla etkilenenden en etkilenmeyen alana göre sırasıyla pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomlar alt skala skoru için 48,8, semptomların yaygınlığı alt skala skoru için 52,6, fiziksel kısıtlama alt skala skoru için 53,3, kişisel ilişkiler alt skala skoru için 58,9, genel sağlık alt skala skoru için 67,0, günlük kısıtlamalar ve uyku/enerj durumu alt skala skoru için 71,9, duygusal ilişkiler ve uyku/enerji durumu alt skala skoru için 80,2 olarak belirlenmiştir.

Tablo 8. P-QOL Hayat Kalitesi Ölçütlerinin Hastaların Bazı Demografik Özellikleri ile İlişkisi

		Yaş	BKİ	İlk Gebelik Yaşı	Parite	Vajinal Doğum Sayısı	Menopozal Süreç	HRT Kullanım Süresi
PQOL-Genel Sağlık	r _s	-0,051	0,249	-0,322	0,088	0,082	0,019	0,214
	p	0,688	0,046	0,009	0,487	0,515	0,883	0,462
PQOL-Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar	r _s	0,032	0,294	-0,365	0,146	0,161	0,129	-0,483
	p	0,797	0,017	0,003	0,246	0,201	0,307	0,080
PQOL- Günlük Kısıtlama	r _s	0,228	0,221	-0,316	0,271	0,400	0,241	-0,110
	p	0,068	0,078	0,010	0,029	0,001	0,053	0,708
PQOL- Fiziksel Kısıtlama	r _s	0,299	0,117	-0,167	0,143	0,272	0,304	-0,238
	p	0,024	0,386	0,213	0,289	0,041	0,021	0,433
PQOL- Sosyal Kısıtlama	r _s	0,184	0,071	-0,255	0,090	0,191	0,245	0,269
	p	0,171	0,598	0,055	0,503	0,156	0,066	0,375
PQOL- Kişisel İlişkiler	r _s	-0,447	0,161	-0,254	-0,013	0,018	-0,445	0,495
	p	0,001	0,251	0,066	0,929	0,896	0,001	0,102
PQOL- Duygusal İlişkiler	r _s	0,111	0,362	-0,410	0,252	0,203	0,170	0,220
	p	0,380	0,003	0,001	0,043	0,105	0,175	0,449
PQOL- Uyku/Enerji Durumu	r _s	0,202	0,314	-0,382	0,255	0,289	0,239	0,408
	p	0,106	0,011	0,002	0,041	0,019	0,055	0,147
PQOL- Semptomların Yaygınlığı	r _s	0,299	0,255	-0,375	0,332	0,382	0,290	0,352
	p	0,016	0,041	0,002	0,007	0,002	0,019	0,217
Toplam skor	r _s	0,052	0,399	-0,465	0,210	0,240	0,102	0,202
	p	0,682	0,006	0,000	0,093	0,055	0,419	0,488

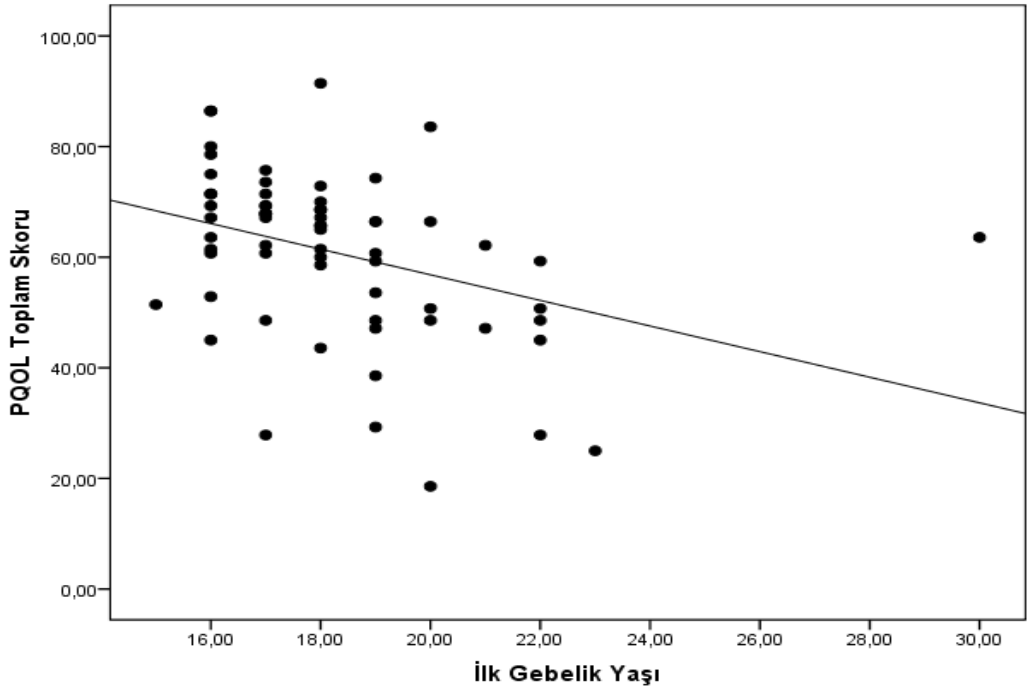
SpearMan Kolerasyon Analizi

Tablo 8’de P-QOL hayat kalitesi ölçütlerinin hastaların yaş, beden kitle indeksi, ilk gebelik yaşı, parite, vajinal doğum sayısı, menopozal süreç ve HRT kullanım süresi ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Pelvik organ prolapsuslu kadınlarda, yaş ile genel sağlık durumu, kişisel ilişkiler alt alan ölçekleri arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulundu. Yaştaki artışla birlikte fiziksel kısıtlamalar, kişisel ilişkiler ve semptomların yaygınlığı alt skala skorları da azalmaktaydı ($p < 0.05$).



Şekil 2. BMİ ile P-QOL Skorları Arasındaki Pozitif Korelasyon

Pelvik organ prolapsuslu kadınlarda, beden kitle indeksi ile hayat kalitesi ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Kadınların beden kitle indekslerindeki artışla birlikte pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomlar, duygusal durum, uyku / enerji durumu ve toplam skorun anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir ($p<0.05$). BMİ ile P-QOL skalası arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, BMİ 'deki artışla birlikte hayat kalitesi puanlarının arttığı görülmektedir.



Şekil 3. İlk Gebelik Yaşı ile P-QOL Skorları Arasındaki Negatif Korelasyon

Pelvik organ prolapsusunun ilk gebelik yaşı ile olan ilişkisi incelendiğinde negatif yönlü bir korelasyon olduğu belirlendi. Buna göre; ilk gebelik yaşı arttıkça genel skor, pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomlar, günlük kısıtlamalar, duygusal durum, uyku/ enerji durumu ve total skorda azalmaktaydı ($p < 0.05$). Aynı korelasyon ilk gebelik yaşı ile P-QOL anketinin fiziksel kısıtlamalar ($r = -0.167$ $p > 0.05$), sosyal kısıtlamalar ($r = -0.255$ $p > 0.05$), kişisel ilişkiler ($r = -0.254$ $p > 0.05$), ve semptomların yaygınlığı ($r = -0.465$ $p > 0.05$), alt skalası arasında mevcut değildi .

Pelvik organ prolapsusunun parite ile olan ilişkisi incelendiğinde kişisel ilişkiler alt skalası arasında ($r = -0.013$ $p > 0.05$) negatif yönlü bir korelasyon olduğu belirlendi. Buna göre; parite arttıkça günlük kısıtlamalar, fiziksel kısıtlamalar, uyku/enerji durumu ve semptomların yaygınlığı azalmaktaydı ($p < 0.05$).

Pelvik organ prolapsusunun vajinal doğum ile olan ilişkisi incelendiğinde vajinal doğum arttıkça günlük kısıtlamalar, fiziksel kısıtlamalar, uyku/enerji durumu ve semptomların yaygınlığı azalmaktaydı ($p < 0.05$).

Pelvik organ prolapsusunun menopozal süreç ile olan ilişkisi incelendiğinde kişisel ilişkiler alt skalası arasında ($r = -0.445$ $p > 0.05$) negatif yönlü bir korelasyon olduğu belirlendi. Buna göre; menopozal süreç arttıkça fiziksel kısıtlamalar, kişisel ilişkiler ve semptomların yaygınlığı azalmaktaydı ($p < 0.05$).

Pelvik organ prolapsusunun HRT kullanım süreci ile olan ilişkisi incelendiğinde Pelvik

organ prolapsusuna bağlı semptomlar ($r=-0.483$ $p >0.05$) , günlük kısıtlamalar ($r=-0.110$ $p >0.05$) ve fiziksel kısıtlamalar ($r=-0.238$ $p >0.05$) alt skalası arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğu belirlendi.

Tablo 9. HRT Kullanım Durumunun Hayat Kalitesi lekleri ile İlişkisi

	HRT Alan (n=11)	HRT Almayan (n=49)	p
PQOL-Genel Sağlık	69,0±14,7	68,1±14,6	0,766
PQOL- Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar	53,4±10,8	49,1±16,1	0,398
PQOL- Günlük Kısıtlama	75,0±22,3	72,4±23,2	0,797
PQOL- Fiziksel Kısıtlama	48,7±14,9	55,3±16,7	0,167
PQOL-Sosyal Kısıtlama	46,2±18,6	50,0±17,4	0,464
PQOL- Kişisel İlişkiler	68,3±24,4	53,5±32,1	0,164
PQOL- Duygusal İlişkiler	87,1±20,1	80,7±22,2	0,269
PQOL- Uyku/Enerji Durumu	72,7±26,1	74,4±22,5	0,874
PQOL- Semptomların Yaygınlığı	66,4±21,3	63,1±19,4	0,810
Toplam skor	64,6±11,7	61,4±14,3	0,752

Mann- Whitney U Test

Değerler Ortalama ± Standart Sapma olarak ifade edilmiştir.

Pelvik organ prolapsuslu kadınlarda HRT kullananların HRT kullanmayanlara oranla gruplar arasında hayat kalitesi skorları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (Tablo 9) ($p>0.05$).

Tablo 10. Ağır Kaldırma Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi

	Ağır Kaldıran kadınlar (n=38)	Ağır Kaldırmayan Kadınlar (n=27)	p
PQOL-Genel Sağlık	68,4±13,0	65,2±19,3	0,594
PQOL- Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar	52,6±15,4	43,0±14,8	0,018
PQOL- Günlük Kısıtlama	76,3±21,5	65,7±23,9	0,074
PQOL- Fiziksel Kısıtlama	55,5±17,1	50,5±15,2	0,144
PQOL- Sosyal Kısıtlama	47,5±19,6	49,4±15,1	0,673
PQOL- Kişisel İlişkiler	58,8±30,8	54,1±31,1	0,676
PQOL- Duygusal İlişkiler	84,2±18,2	74,6±28,5	0,364
PQOL- Uyku/Enerji Durumu	75,6±21,9	66,6±27,0	0,224
PQOL- Semptomların Yaygınlığı	66,6±19,6	57,4±19,6	0,051
Toplam skor	63,4±13,6	56,9±16,2	0,127

Mann- Whitney U Test

Değerler Ortalama ± Standart Sapma olarak ifade edilmiştir.

Ağır kaldıran kadınların pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomların düzeylerinden aldıkları puanların, ağır kaldırmayan kadınlara oranla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diğer hiçbir hayat kalitesi alt ölçütünde ve total hayat kalitesi ölçütünde ağır kaldırma alışkanlığı olan ve olmayan kadınlar arasında bir fark saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Kabızlık Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi

	Kabızlık problemi olan (n=51)	Kabızlık problemi olan (n=14)	p
PQOL-Genel Sağlık	68,5±14,2	61,6±20,8	0,227
PQOL- Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar	53,5±13,4	30,9±10,1	0,000
PQOL- Günlük Kısıtlama	73,7±22,5	65,1±24,1	0,197
PQOL- Fiziksel Kısıtlama	54,8±15,5	49,0±19,4	0,301
PQOL- Sosyal Kısıtlama	48,5±17,3	47,1±20,5	0,830
PQOL- Kişisel İlişkiler	60,3±30,4	45,1±30,0	0,143
PQOL- Duygusal İlişkiler	83,3±21,6	69,0±26,8	0,054
PQOL- Uyku/Enerji Durumu	74,0±24,4	64,2±23,4	0,147
PQOL- Semptomların Yaygınlığı	63,9±19,9	58,0±20,2	0,231
Toplam skor	62,8±14,2	53,0±15,7	0,021

Mann- Whitney U Test

Değerler Ortalama ± Standart Sapma olarak ifade edilmiştir.

Kronik kabızlık problemi olan kadınların pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomların toplam skor düzeylerinden aldıkları puanların kabızlık problemi olmayan kadınlara kıyasla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11) ($p<0.05$).

Tablo 12. Epizyo Açılma Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi

	Epizyo Açılan (n=26)	Epizyo Açılmayan (n=39)	p
PQOL-Genel Sağlık	68,3±16,9	66,2±15,3	0,877
PQOL- Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar	51,6±15,3	46,6±16,0	0,142
PQOL- Günlük Kısıtlama	69,7±21,8	73,3±23,8	0,433
PQOL- Fiziksel Kısıtlama	52,7±15,9	54,0±17,0	0,628
PQOL-Sosyal Kısıtlama	48,8±14,8	47,8±19,7	0,874
PQOL- Kişisel İlişkiler	68,1±29,2	48,3±29,4	0,021
PQOL- Duygusal İlişkiler	79,8±24,2	80,5±23,0	0,920
PQOL- Uyku/Enerji Durumu	71,1±24,4	72,4±24,6	0,798
PQOL- Semptomların Yaygınlığı	59,3±19,1	64,9±20,5	0,410
Toplam skor	62,1±16,3	59,8±14,3	0,615

Mann- Whitney U Test

Değerler Ortalama ± Standart Sapma olarak ifade edilmiştir.

Epizyo açılan kadınların kişisel ilişkiler hayat kalitesi skorlarının, epizyo açılmayan kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12) ($p<0.05$).

Tablo 13. Astım Varlığı Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi

	Astım Olan (n=20)	Astım Olmayan (n=45)	p
PQOL-Genel Sağlık	73,1±10,5	64,3±17,2	0,156
PQOL- Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar	56,6±12,1	45,0±16,0	0,004
PQOL- Günlük Kısıtlama	81,8±19,2	67,5±23,2	0,019
PQOL- Fiziksel Kısıtlama	62,5±13,1	49,0±16,2	0,001
PQOL- Sosyal Kısıtlama	58,3±12,8	43,5±18,1	0,004
PQOL- Kişisel İlişkiler	57,7±34,8	56,6±29,6	0,968
PQOL- Duygusal İlişkiler	90,0±14,9	75,9±25,2	0,042
PQOL- Uyku/Enerji Durumu	85,0±16,0	66,1±25,3	0,005
PQOL- Semptomların Yaygınlığı	72,8±16,2	58,1±20,0	0,004
Toplam skor	68,1±10,1	57,4±15,7	0,015

Mann- Whitney U Test

Değerler Ortalama ± Standart Sapma olarak ifade edilmiştir.

Astımı olan kadınların pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomlar, günlük kısıtlama, fiziksel kısıtlama, sosyal kısıtlama, duygusal durum, uyku/enerji durumu ve semptomların yaygınlığı skor düzeylerinden aldıkları puanların astımı olmayan kadınlara oranla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 13) ($p<0.05$).

Tablo 14. Menopozal Dönemde Olma Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi

	Menopozal dönemde olanlar	Menopozal dönemde olmayanlar	p
PQOL-Genel Sağlık	40,4±17,6(n=264)	35,7±19,1(n=102)	0,003
PQOL- Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar	37,1±13,9(n=269)	30,3±13,4 (n=122)	0,000
PQOL- Günlük Kısıtlama	33,6±20,8(n=276)	30,2±16,2(n=124)	0,088
PQOL- Fiziksel Kısıtlama	53,8±16,6(n=45)	52,0±16,7(n=12)	0,623
PQOL- Sosyal Kısıtlama	48,8±17,2 (n=44)	46,1±20,6 (n=13)	0,596
PQOL- Kişisel İlişkiler	52,5±31,2 (n=42)	58,3±29,9 (n=16)	0,435
PQOL- Duygusal İlişkiler	35,4±23,9 (n=276)	30,8±18,2 (n=124)	0,037
PQOL- Uyku/Enerji Durumu	33,9±21,2 (n=276)	29,7±16,1 (n=124)	0,040
PQOL- Semptomların Yaygınlığı	32,0±16,9(n=276)	29,0±13,6(n=124)	0,082
Toplam skor	30,5±16,4(n=276)	24,9±15,6(n=124)	0,000

Mann- Whitney U Test

Değerler Ortalama ± Standart Sapma olarak ifade edilmiştir.

Menopozda olan kadınların genel sağlık durumu, pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomlar, duygusal durum, uyku/enerji durumu, semptomların yaygınlığı ve toplam skor düzeylerinden aldıkları puanların menopozda olmayan kadınlara oranla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 14) ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Pelvik organ prolapsusu dünya genelinde milyonlarca kadını etkilemektedir (9,77). Pelvik organ prolapsusu morbidite veya ölüme neden olmayan fakat hayat kalitesini önemli derecede etkileyen bir hastalıktır (44).

Pelvik organ prolapsusu oldukça sık rastlanan bir patolojidir, fakat gerçek insidansını tam olarak saptamak zordur. Çünkü çoğu hasta bu durumu kadın olmanın özellikle de yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmekte ve bu sebepten de bir hekime başvurmamaktadır. Bazı hastalar ise mevcut durumlarından utandıkları veya çekindikleri için hekime başvuramamaktadır. Ayrıca pelvik organ prolapsusu için yapılan tedavi girişimlerinin çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlandığına dair yanlış inanışların da etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle pelvik organ prolapsus, sistosel ve rektosel benign jinekolojik cerrahi endikasyonları arasında en sık görülenlerden olmasına rağmen üriner inkontinans dışında bu pelvik taban bozukluklarının insidans ve prevalansı hakkındaki bilgi yetersizdir (15).

Olsen ve ark. (9) epidemiyolojik çalışmalarının sonucunda, hayat boyu prolapsus veya stres inkontinans nedeniyle operasyon geçirme olasılığını % 11 olarak, birden fazla cerrahi düzeltme gereksinimini ise % 29,2 olarak bulmuşlardır. Amerika'dan gelen veriler, her dokuz kadından birinin prolapsus ya da inkontinans nedeni ile ameliyata gereksinim duyduğunu (9), bu hastaların %30'unda prolapsusun nüks etmesi nedeni ile tekrar cerrahi onarım gerektiğini göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Hastane Taburculuk Araştırması İstatistikleri, 200 000 kadının pelvik organ prolapsusu nedeni ile opere edildiğini (78), bunların %20'sine aynı anda anti-inkontinans işlemleri de yapıldığını göstermiştir (79). Ayrıca, pelvik organ prolapsus cerrahisinin ekonomik yükü fazla olup, 1997'de Amerika

Birleşik Devletleri’nde bu alandaki giderler 1012 milyon Amerikan dolarına ulaşmıştır (80). Batı dünyasında ortalama hayat süresinin uzaması ve yaşla birlikte pelvik taban fonksiyon bozukluklarının daha sık görülmesi nedeni ile gelecek 30 yıl içinde bu rakamların %45 oranında artacağı öngörülmektedir (81).

Nygaard ve ark. (5), ortalama yaş 68 olan postmenopozal popülasyonda, vajinal duvar desensusunu daha fazla tespit etmişlerdir. National Institutes of Health Terminology Workshop’a göre pelvik organ prolapsusu, Evre-1 ve daha fazla prolapsusu mevcut olan hastalarda tanımlanmıştır. Bu tanıma göre, hastaların % 97,7’sinde prolapsus mevcuttu. Bu yüksek orandan dolayı, bu tanımlamayı klinik olarak çok fazla uygun görmemişlerdir. ICS kriterlerine göre hastaları tekrar değerlendirdiklerinde % 65,5’inde prolapsus olduğunu belirtmişlerdir. Eğer hastaların prolabe olan bölgesi, himenal bölge altında kabul edilirse Evre-2 ve üstünde prolapsus mevcut hasta oranı da % 25,6 olarak tespit edilmiştir.

Farquhar ve ark. (82) çalışmalarında uterusu olan hastaların % 7–14’üne, sadece prolapsus nedeniyle histerektomi operasyonu yapıldığını göstermişlerdir. Operasyondan sonra geçen yıllar itibarı ile de, her 15 yılda bir ise bu riskin % 5 olarak lineer bir şekilde artmakta olduğunu görmüşlerdir. Pelvik organ prolapsusunun histerektomi nedenleri içinde 3. sıklıkta yer aldığı ve 50 yaşın üzeri kadınlar arasında, her 1000 ameliyatın 2.7-3.3’ü pelvik organ prolapsusu nedeni ile yapıldığı bildirilmektedir (83).

Tablo 15. Çeşitli Yaş Gruplarını İçeren Kadınlar Üzerinde Yapılan Pelvik Organ Prolapsus Prevalansını İnceleyen Uluslar arası Çalışmalar

Araştırmacılar	Yaş Grupları	Prevalans (%)
Sliker-ten Hove ve ark. ¹⁷	45-85 yaş arası	%40
Swift SE ve ark. ¹⁸	60-69 yaş arası	%42
	≤ 60 yaş	%58
Hendrix SL ve ark. ¹⁵	50-79 yaş arası	%41
Samuelsson EC ve ark. ¹³	20-59 yaş arası	%30,8

Tablo 15’de tüm yaş gruplarında yapılan prolapsus prevalansını inceleyen çalışmalara baktığımızda prevalans oranının %30,8 ile %58 arasında değiştiği görülmektedir.

Pelvik organ prolapsus prevalans çalışmalarında prolapsuslu bireyleri belirlemek amacıyla genellikle anamnezden yola çıkılarak bireylere sarkma probleminiz hayatınızı ne kadar etkiliyor sorusu sorulmuştur. İleri evre prolapsusu olan kadınları belirlemek için en geçerliliği kabul edilmiş soru ‘vajinanızda bir kitle hissediyor veya görüyorsunuz?’

sorusudur (42,60).

Kadınlardaki pelvik organ prolapsus prevalans oranını belirleyen çalışmalar incelendiğinde POP görülme sıklığının % 30,8 ila % 58 arasında olduğu belirlenmiştir (13, 15, 17, 18). Bizim çalışmamızda da kadınlara “sarkma probleminiz hayatınızı ne kadar etkiliyor?” sorusu yöneltilmiş ve orta, biraz ve çok cevabı veren kadınlar pelvik organ prolapsuslu olarak değerlendirilmişlerdir. Buna göre, pelvik organ prolapsus prevalansı kesitsel özellikteki 40 yaş üstü 400 bayan üzerinde % 16,3 olarak saptanmıştır.

Artan yaş POP’ta bir risk faktörüdür (16, 86, 87, 88). Hendrix ve ark. (15) POP’un yaşlı kadınlar arasında yaygın bir durum olduğunu insidansının %39,8’den daha yüksek bir oranda olduğunu belirtmişlerdir. Kim ve ark. (6) çalışmalarında yaşı 70 yaş üzerinde olmasını POP için bağımsız risk faktörü olarak belirtmişlerdir. Swift ve ark. (18) yaşları 18-83 arasında olan 1004 kadını içeren bir çalışmalarında, yıllık muayeneleri sonucunda her 10 yılda bir POP prevalansı sıklığının % 40 arttığından bahsetmektedirler. Women’s Health Initiative’in yaptığı bir çalışmada da ise, 50-59 yaş grubuna göre 60-69 yaş grubunda 1,2 kat, 70-79 yaş grubunda ise 1,4 kat fazla prolapsusun görüldüğü gösterilmiştir (15). Tüm bu verilerin aksine, Nygaard ve ark.’ının (5) çalışmalarında ise seçtikleri postmenopozal hasta popülasyonunda, Evre-2 ve üstü olarak tanımlanan prolapsusa neden olması açısından, yaş bir risk faktörü olarak değerlendirilmemiştir.

Bizim çalışmamızda da, çalışma grubuna dahil olan olguların yaş ortalamaları daha yaşlı (ortalama $57,0 \pm 12,3$), kontrol grubundaki olguların yaş ortalamaları (ortalama $56,0 \pm 11,7$) daha genç yaştaki popülasyondan oluşmakta idi ise de aralarında anlamlı bir fark görülmemektedir.

Carley ve ark. (91) pelvik organ prolapsus gelişiminde vajinal doğumun önemli bir etken olduğunu düşünmüşlerdir. Ayrıca müdahaleli doğumun (epizyotomi uygulanması) pelvik kaslarda laserasyona bağlı olarak gelişen sinir innervasyon kaybı ve sonuçta da pelvik kaslarda zayıflığa neden olduğunu, bunun sonucunda da POP geliştiğini belirtmişlerdir. Çok doğum yapan kadınların %50’sinde değişik derecede pelvik organ prolapsusu olmasına rağmen %10-20’si semptomatiktir (92). Nulliparların sadece %2’sinde prolapsus olduğu bildirilmiştir (92). WHI çalışmasında uterusu olan nullipar kadınların %19,2 sinde prolapsusun mevcut olduğunu, paritenin prolapsusu arttırdığı, nulliparitenin prolapsusu engelleyemediği saptanmıştır.

Doğum yapmanın prolapsus açısından tek başına bir risk faktörü olup olmadığı da çeşitli çalışmalarda incelenmiştir Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda özellikle birinci doğumun nullipariteye göre riski arttırdığı (Relatif risk 5,7), takip eden doğumların ek risk

getirmediği savunulmaktadır (93). Kim ve ark.(90) çalışmalarında parite sayısının 3'ten fazla olmasını POP için bağımsız risk faktörü olarak belirtmişlerdir. S. Rahman ve ark. (94) ise çalışmalarında bu riski arttıran parite sayısının 5 olduğunu belirtmişlerdir. Hendrix ve ark.(15) yaptıkları çalışmada 5 doğuma kadar doğum başına ilave riski her doğum için %10-20 olarak bulmuşlardır. Swift ve ark. (18) tarafından yapılan bir çalışmada, hiç doğum yapmamış kadınlarla iki vajinal yolla doğum yapmış kadınlar karşılaştırıldığında iki vajinal yolla doğum yapmanın POP relatif riskini % 8,4 oranında artırabileceğini göstermişlerdir.

Oxford Aile Planlaması çalışmasında; artmış vajinal doğum, 60 yaş altındaki kadınlarda prolapsus gelişimi için en önemli risk faktörü olarak gösterilmiştir (18). Nullipar kadınlarla karşılaştırıldığında iki vajinal doğum yapan kadının prolapsus geliştirme açısından relatif riski % 8,4 iken, dört veya daha fazla doğum yapanlarda ise bu risk % 10,9'a çıkmaktadır (18). Kadın Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, tek bir doğum yapmanın bile hiç doğum yapmayan kadınlara göre, prolapsus riskini 2,1 kat artırabileceği gösterilmiştir (15).

Çalışmamızda da parite sayısının prolapsusu olan kadınlarda belirgin şekilde artış gösterdiği ortaya çıkmıştır. Prolapsus grubundaki hastaların paritesi ortalama $4,8 \pm 2,1$, kontrol grubunda ise ortalama $3,4 \pm 1,8$ arasında değişmekteydi.

Yapılan bu çalışmaların tersine, Nygaard ve ark. (5) ise vajinal doğumun prolapsus gelişimi ile çok zayıf bir bağlantısı olduğunu belirtmişlerdir. O'Boyle ve ark. (95) yaptıkları küçük vaka kontrollü bir çalışmada, ilk vajinal doğumdan sonra hastaların muayenesinde orta derecede bir defekt saptanabileceğini göstermişlerdir. Bununla birlikte prolapsus gelişen multipar kadınları göz önüne aldıklarında, POP gelişimi için vajinal doğumun bir neden olmadığını düşünmüşler ve normal vajinal doğumun her zaman etyolojik faktör olamayacağını söylemişlerdir. Ayrıca sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, beslenme durumu ve yaşam kalitesi vajinal doğum dışında diğer başka etyolojik faktörlerin prolapsus gelişimine neden olabileceğini de belirtmişlerdir. Tegerstedt ve ark. (73) göre miad parite sayısı semptomatik POP oluşumunda yaşdan daha önemli bir faktördür. Nullipar kadınlarda %2.4 oranında semptomatik POP varlığının mevcut olduğunu, POP gelişiminde doğurmanın zorunlu olmadığını saptamışlardır.

Lukacz ve ark.'nın (97) 3050 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmalarında, bir ya da daha fazla vajinal doğum yapan kadınlarda, semptomatik POP gelişme riskinin sezeryan ile doğum yapan kadınlara göre 3,21 kez daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Sezeryan ile doğum, pelvik organ prolapsus oluşumuna karşı koruyucu iken, müdahaleli doğum bu oranı artırmaktadır.

Bizim çalışmamızda da sarkma problemi olan kadınların vajinal doğum sayısının sarkma problemi olmayan kadınlardan daha fazla olmadığı görülmüştür. Prolapsus grubunun büyük bir kısmı doğumlarını vajinal yolla yapmıştı ve %40' ına da epizyotomi uygulanmıştı. İki grup arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. Spontan vajinal yolla doğum ve müdahaleli doğum (epizyotomi) prolapsus gelişmesi için bir risk faktörü olarak görülmekte iken, doğumu sezeryan ile yapmanın POP için koruyucu olduğu gözükmemektedir.

Prolapsus riskini artıran diğer obstetrik faktörler arasında iri ya da makrozomik bebek doğumu, doğumun ikinci evresinin uzaması ve ilk doğumun 25 yaş altında olması gibi faktörler sayılabilmektedir (16,97). Nygaard ve ark. (5), çalışma popülasyonunu oluşturan postmenopozal kadınların günümüz kadınlarından farklı olarak daha genç yaşlarda çocuk sahibi olmalarından dolayı günümüz kadınlarının ise daha ileri yaşlarda çocuk sahibi olduklarından, günümüz kadınlarında doğuma bağlı prolapsus gelişiminin kendi popülasyonlarıyla uyarlanamayacağını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda kadınlar ilk gebelik yaşı açısından incelendiğinde prolapsus grubunun büyük kısmının (%78,5) ilk gebelik yaşının 15-19 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Vücut ağırlığının artışının, abdominal basıncın ve intravezikal basıncın artışına neden olarak pelvik organ prolapsus için risk faktörü oluşturmaktadır. Nygaard ve ark. (5) artmış BMI'in tüm epidemiyolojik çalışmalarda pelvik organ prolapsus ile bağlantılı olduğunu saptamışlardır. Mant ve ark. (16) da kilo artışının prolapsus gelişiminde önemli bir role sahip olduğunu, BMI ölçüsü 25-30 arasında olan kadınlarda POP gelişim riskinin 2,51 kat, BMI değeri 30'un üzerinde olan kadınlarda ise 2,56 kat daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.

Bizim çalışmamızda prolapsus grubundaki olguların BMI ortalaması $31,8 \pm 5,0$ iken, kontrol grubunda $29,4 \pm 22,7$ idi. Aralarında istatistiksel bir fark olmakla birlikte, bu farkın zayıf olmasından dolayı iki grup arasında POP gelişimi açısından obesitenin bu farka yol açabilecek bir etkisi yok gibi görünmektedir. Bizim sonuçlarımız, kilolu olmak ile pelvik organ prolapsusu arasında bir ilişkinin olmadığı yönünde idi. Bu durumu da genel toplum özelliği olarak 40 yaş üstü kadınlarımızın dünya standartlarının üzerinde vücut kitle indeksine sahip olmalarına bağlamaktayız.

Nygaard ve ark.(5) çalışmalarında kilonun yanı sıra obstrüktif akciğer hastalıkları, ağır yük kaldırmak gibi karın içi basıncını kronik artıran nedenlerin inkontinansa olan meyili artırdığını da göstermişlerdir. Ağır yük kaldırmakla uğraşan kadınlarda prolapsus ve prolapsus nedeniyle cerrahi operasyon geçirme riski de daha yüksek saptanmıştır (98). Kabızlığa bağlı tekrarlayan ıkınma, ağır yük kaldırma ve bununla ilgili işlerde çalışan kadınlarda prolapsus daha sık görülmektedir (99).

Swift ve ark. (18) yaptığı çalışmada konstipasyonu POP için diğer çalışmalara zıt olarak risk faktörü olarak saptamamışlardır. Fakat bu konuyu tartışmak zordur çünkü bu konular hakkında sınırlı sayıda bilgi vardır. İleri evre (Evre-2 ve üstü) prolapsusu olan kadınlarda hafif derece (Evre-0 ve Evre-1) prolapsus'a göre konstipasyon şikayetine daha sık rastlanmaktadır (102).

Bizim çalışmamızda da sarkma problemi olan kadınların %58,4'ünün ağır cisim kaldırma alışkanlığının olduğu saptanmıştır. Prolapsusu olan kadınlarda ağır cisim kaldırma alışkanlığı prolapsusu olmayanlara göre daha fazla tespit edilmiştir. Astım varlığı açısından her iki grup karşılaştırıldığında, pelvik organ prolapsus problemi olan kadınlarda astım varlığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Burada astımlı kadınların çoğunda prolapsusun mevcut olduğu sonucuna varılmaktadır. Ayrıca çalışmamızda prolapsusu olan kadınların %81,5'in de kabızlık durumunun mevcut olduğu saptanmıştır bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kim ve ark.(90) çalışmalarında menopozal durumu POP için bağımsız risk faktörü olarak belirtmişlerdir. Bu çalışmaya benzer olarak Swift ve ark.(18) HRT ile prolapsusu önlemenin zor olabileceğini belirtmişlerdir. Bununla beraber Nygaard ve ark.(5), postmenopozal kadınlarda hormon tedavisinin pelvik taban desteği üzerine etkisini tam olarak belirleyememişlerdir. Menopozu prolapsus gelişmesinde bir risk faktörü olarak göstermelerine rağmen, hormonal durum ve prolapsusun birbiri ile olan ilişkisini araştıran çalışmalarında östrojen seviyesi ile prolapsus arasında bir bağlantı kuramamışlardır. Prolapsusu olan hastaların bir kısmına HRT (konjuge östrojen ve MPA (Medroksi Progesteron Asetat)) vermişler ve hormon tedavisi almayan hastalar ile alanlar arasında bir ilişki saptayamamışlardır

Araştırmamızda çalışma grubumuzun tümünü ele aldığımızda menopozda olan kadın sayısının yüksek olduğu görülmektedir (%77). Bunun nedenin ele aldığımız kadın grubunun 40 yaş ve üzerinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda prolapsuslu kadınların %77,0'sinin, prolapsusu olmayan kadınların ise % 67,5'inin menopozda oldukları belirlenmiş olup prolapsus problemi yaşayan kadınların prolapsus problemi olmayan kadınlara oranla daha fazla menopozda oldukları görülmesine rağmen prolapsusu olan ve prolapsusu olmayan kadınlar arasında menopoz yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Goldstein ve ark. (100) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, histerektomize olan 270 hastanın da bulunduğu kadınlar iki gruba ayrılmıştır. Bir gruba HRT olarak oral

konjuge östrojen veya medroksiprogesteron asetat, diğer gruba ise HRT yerine plasebo verilmiştir. Altı yıllık tedavi takibi sonucunda her iki grupta da prolapsus gelişiminin olduğu gözlenmiş ancak iki grup arasında prolapsus gelişimi açısından hiçbir fark gösterilememiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde Liu ve ark. (101) 17β -östradiol uyguladıktan sonra POP'u olan ve olmayan hastaların kardinal ligamentlerinden elde edilen fibroblast gelişimini incelemişlerdir. Fibroblastların POP olan grupta tüm östradiol konsantrasyonlarında kontrol grubuna oranla daha düşük gelişim değeri gösterdikleri saptanmıştır. Klinik olarak HRT POP tedavisinde yararlı olmayabilir denmiştir.

Çalışmamızda menopoz dönemindeki POP'lu kadınlardaki HRT kullanım oranını % 18,3 olarak saptanmıştır. Her iki grupta da HRT kullanım oranı düşük tespit edilmiş olup, prolapsusu olan ve olmayan gruplar arasında HRT kullanımı farklı boyutta olmadığı için POP gelişiminde HRT' nin rolü bakımından yorum yapılamamaktadır.

Sigara kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan öksürük sonucunda intraabdominal basınç artmakta bu da pelvik taban kaslarının zarar görmesine ve POP gelişimine neden olabilmektedir. Çalışmamızda pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan gruplar arasında sigara kullanımı yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Swift ve ark. (89) yaptığı çalışmada POP çalışanlarda çalışmayanlara oranla daha sık gözlenmiştir. Boyles ve ark (78) düşük sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, beslenme durumu ve hayat kalitesinin prolapsus gelişiminde rol oynayabileceğini belirtmişler ama POP ile bu faktörler arasındaki ilişkiyi kesin olarak gösterememişlerdir. Ev kadını olan hastalarda yapılan fizik aktivite açısından diğer mesleklerdeki kadınlara göre prolapsus şikayetine daha sık rastlanmaktadır (104).

Bizim çalışmamızda da kadınları eğitim durumları yönünden incelediğimizde % 80 gibi büyük bir oranda ilköğretim düzeyinde eğitime sahip oldukları ve çoğunlukla ev hanımlarından oluştukları görülmüştür (% 98,5). Pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar eğitim ve meslek durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Prolapsus oluşumunda eğitim ve mesleğin bir rolünün olmadığı düşünülmektedir.

Sosyal güvence sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve yeterli bakım alabilmede önemli bir role sahiptir. Bizim çalışmamızda sosyal güvence durumu yönünden pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınları karşılaştırdığımızda pelvik organ prolapsu olan kadınlarda sosyal güvencesi olan kadınların sayısının daha az olduğu, sosyal güvencesi olmayan kadınların ise daha fazla olduğu bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Bu durum bize sosyal güvence durumu olan kadınların sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik daha dikkatli olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda tıbbi yardım için merkeze başvuru oranı % 23,0 olarak belirlenmiştir. Pelvik organ prolapsusunda tedavi olma düzeyinin genel olarak düşük olduğu görülmektedir. Bu da toplumumuzda pelvik organ prolapsus konusunda sağlık personelinin tedaviye yönelik hizmetlerde daha etkin rol alması gerektiğini göstermektedir.

POP yaşamı direkt olarak tehdit eden bir unsur içermediğinden toplumda bu problemi yaşayan bireyler tarafından çoğunlukla ihmal edilen bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Pelvik organ prolapsusu az bilinen bir durum olmasına rağmen dünya genelinde milyonlarca kadını etkilemektedir (9,77). Pelvik organ prolapsusu küçük morbidite veya ölüme neden olmayan fakat hayat kalitesini önemli derecede etkileyen bir hastalıktır (44).

Pelvik taban disfonksiyonu, ister inkontinans, ister pelvik prolapsus şeklinde olsun kadınların hayat kalitesini direkt olarak etkilemekte ve psiko-sosyal bozukluklara yol açmaktadır (104). İnkontinans ile hayat kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, inkontinans bulunan tüm kadınlarda %65,7'sinde hayat kalitesini olumsuz etkileyen psikolojik streslerin yaşandığı saptanmıştır. Hatta ciddi derecede etkilenen kadınlarda %18,3 asosyalleşme, depresyon, utanma-suçluluk duygusu, küçüklük kompleksi gibi duygu durumları saptanmıştır (105).

Tablo 16. POP'lu Kadınlarda P-QOL Ölçeği Kullanılarak Yapılan Hayat Kalitesi Skorları

P-QOL	n=65 X±SD
P-QOL- Genel sağlık Alt Skala Skoru	67,0±15,9
P-QOL- Pelvik Organ Prolapsusuna Bağlı Semptomlar Alt Skala Skoru	48,8± 15,8
P-QOL- Günlük Kısıtlama Alt Skala Skoru	71,9±22,9
P-QOL- Fiziksel Kısıtlama Alt Skala	53,5±16,4
PQOL- Sosyal Kısıtlama Alt Skala Skoru	76,8±15,5
PQOL- Kişisel İlişkiler Alt Skala Skoru	58,9± 30,7
PQOL- Duygusal İlişkiler Alt Skala Skoru	80,2±23,3
PQOL- Uyku/Enerji Durumu Alt Skala Skoru	71,9±24,4
PQOL- Semptomların Yaygınlığı Alt Skala Skoru	52,6±25,0
Toplam skor Alt Skala Skoru	80,7±15,0

Çalışmamızda hayat kalitesi alt alan skala skorlarını değerlendirdiğimizde en fazla etkilenen alanın pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomlar olduğu görülmüştür (Tablo 16). Alt skala sonuçlarından pelvik organ prolapsusu semptomlarının en çok fiziksel kısıtlamaya yol açtığı ve kişisel ilişkilerini etkilediği görülmektedir. Diğer skalalar ve anketlerin genel sonuç skorunda değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu ve kadınların bu durumdan pek fazla etkilenmedikleri anlaşılmaktadır. Bunun nedeni olarak toplum olarak kadınlarımızın prolapsusu yaşamı çok olumsuz yönde etkileyecek bir sorun olarak görmemelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ilk gebelik yaşındaki artışla birlikte POP'lu kadınların hayat kalitelerinin düştüğü görülmüş ve kadınların ilk gebelik yaşı ile hayat kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 14).

Çalışmamızda pelvik organ prolapsusunun parite ile olan ilişkisi incelendiğinde kişisel ilişkiler alt skalası arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğu belirlendi. Buna göre; parite arttıkça günlük kısıtlamalar, fiziksel kısıtlamalar, uyku/enerji durumu ve semptomların yaygınlığı azalmaktaydı (Tablo 8).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Kırklareli il merkezinde yaşayan 40 yaş üstü kadın popülasyonunda pelvik organ prolapsusu prevalansı ve hayat kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1- Araştırma kapsamındaki kadınların çoğunluğunu; 45-49 yaşlar arasında (%36,2), ilköğretim mezunu (%74,8) ve ev hanımı olan (%91,7), sosyal güvencesi bulunan (%90,5) saptanan kadınların oluşturduğu belirlendi.

2- Kırklareli il merkezi 40 yaş üstü kadın popülasyonunda pelvik organ prolapsusu prevalansı % 16,3 olarak saptandı. Yaşın ilerlemesi ile birlikte POP gelişiminin de artmakta olduğu belirlendi. Pelvik organ prolapsusu olan kadınların büyük bölümünün 40-49 yaş grubunda, parite sayısının belirgin bir şekilde daha fazla olduğu, ilk gebelik yaşlarının 15 ila 19 yaş aralığında olduğu, doğumların tamamına yakını normal doğum şeklinde gerçekleştirdikleri belirlendi.

3- Pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar bazı demografik özellikler ve risk faktörlerine göre karşılaştırıldığında pelvik organ prolapsusu olan kadınların, ilk gebelik yaşlarının küçük olduğu, parite sayısının daha fazla olduğu, BMI, epizyo açılımı, astım, ağır kaldırma alışkanlığı, kabızlık mevcudiyeti değerlerinin pelvik organ prolapsusu olmayan kadınlardan fazla olduğu belirlendi. Bu sonuçların yanı sıra çalışmamızda, pelvik organ prolapsusunda risk faktörü olduğu düşünülen; menopozda olma durumu, HRT kullanımı, doğumda vakum kullanımı, sigara içme durumu, eğitim durumu, meslek yönünden pelvik

organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi .

4- Pelvik organ prolapsuslu kadınların %23,0'ünün pelvik organ prolapsusu hakkında merkeze başvurdıkları, %15,4'ünün tedavi amaçlı kegel egzersizlerini duydukları fakat sadece %4,6'sının bu egzersizleri uyguladıkları saptandı.

5- Pelvik organ prolapsuslu kadınların çoğunluğunun pelvik organ prolapsusu konusunda bilgi almadıkları, pelvik organ prolapsusuna neden olan faktörleri ve bilgi almak için nereye başvurmaları gerektiğini bilmedikleri belirlendi.

6- Pelvik organ prolapsuslu kadınlarda ilk gebelik yaşının küçük olması ile birlikte hayat kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde düştüğü ve dolayısı ile hayat kalitelerinin kötü yönde etkilendiği belirlendi.

ÖNERİLER

1- Pelvik organ prolapsusu, toplumumuzda yaygın olarak görülen bir sağlık problemi olması nedeni ile konuya daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının konunun önemi hakkında daha duyarlı ve eğitilmiş olmaları,

2- Özellikle üroloji, kadın hastalıkları ve doğum ve fizik tedavi servisleri başta olmak üzere hastanelerin tüm servislerinde yatan hastalara, sağlık ocaklarına başvuran kadınlara, ayrıca hemşire ve ebeler tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretleri sırasında sağlıklı tüm bireylere konunun önemi hakkında açıklama yapılması, risk grupları ve bu sorunu aktif olarak yaşayan kişilerin belirlenmeleri ve bu kişilere konu hakkında bilgi verilerek sağlık kuruluşuna yönlendirilmeleri,

3- Pelvik organ prolapsusu gelişimini önlemek için pelvik destek yapıların güçlü olması gerekmektedir. Bunu sağlamak amacı ile kadınlara her yaşta kegel egzersizleri öğretilmesi ve bunların uygulanmasının bir yaşam tarzı haline getirilmesi konusunda bilgi verilmesi,

4- Çalışmamızda paritenin pelvik organ prolapsusuna zemin hazırlayan önemli bir faktör olarak belirlenmesi nedeni ile fazla doğumların engellenmesi, bu doğrultuda kadınlara aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,

5- Çalışmamızda kadınların pelvik organ prolapsusu konusunu yeterince bilmedikleri görülmektedir. Halkın pelvik organ prolapsusu konusundaki yanlış bilgi ve tutumlarını düzeltmek ve konunun önemini vurgulamak amacı ile medyada pelvik organ prolapsusu konusuna sıklıkla yer verilmesi önerilmektedir.

ÖZET

Çalışmamız, kadınlarda ileri yaşlarda ortaya çıkan pelvik organ prolapsusu görülme sıklığını ve bu sorunu yaşayan kadınların hayat kalitelerinin hangi düzeyde etkilendiğini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma, Kırklareli İl Merkezi'ne bağlı 7 sağlık ocağına kayıtlı 40 yaş üstü kadınlar üzerinde 11.02.2008- 14.05.2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Kadınların sosyo-demografik özelliklerini, pelvik organ prolapsus risk faktörlerini, pelvik organ prolapsus hakkındaki bilgi düzeylerini ve tedavi durumlarını belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilen 42 soruluk anket formu ve pelvik organ prolapsuslu kadınların hayat kalitesi düzeylerini belirlemeye yönelik pelvik organ prolapsusu hayat kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan 40 yaş üstü kadın popülasyonunda pelvik organ prolapsusu prevalansı % 16,3 olarak saptandı. Yaşın ilerlemesi ile birlikte POP gelişiminin de artmakta olduğu belirlendi. Pelvik organ prolapsusu olan kadınların büyük bölümünün 40-49 yaş grubunda, parite sayısının belirgin bir şekilde daha fazla olduğu, ilk gebelik yaşlarının 15 ila 19 yaş aralığında olduğu, doğumların tamamına yakınının normal doğum şeklinde gerçekleştirdikleri belirlendi.

Pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar bazı demografik özellikler ve risk faktörlerine göre karşılaştırıldığında pelvik organ prolapsusu olan kadınların, ilk gebelik yaşlarının küçük olduğu, parite sayısının daha fazla olduğu, BMI, epizyo açılımı, astım, ağır kaldırma alışkanlığı, kabızlık mevcudiyeti değerlerinin pelvik organ prolapsusu olmayan kadınlardan fazla olduğu belirlendi. Bu sonuçların yanı sıra çalışmamızda, pelvik organ prolapsusunda risk faktörü olduğu düşünülen; menopozda olma durumu, HRT kullanımı, doğumda vakum kullanımı, sigara içme durumu, eğitim durumu, meslek yönünden pelvik

organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi .

Pelvik organ prolapsuslu kadınlarda ilk gebelik yaşının küçük olması ile birlikte hayat kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde düştüğü ve dolayısı ile hayat kalitelerinin kötü yönde etkilendiği belirlendi

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsus, kadın, prevalans, hayat kalitesi.

THE PREVALANCEOF PELVIC ORGAN PROLAPSUS IN WOMWN OVER FORTY AND ITS EFFECTS ON THE QUALITIY OF LIFE

SUMMARY

Our study was performed in order to determine the prevalence of pelvic organ prolapse (POP) in elderly women and the extent to which their life quality is affected by this disease.

This study was conducted with women over 40 in seven clinics in Kirklareli region between the dates 11.02.2008 and 14.05.2008. A 42-question questionnaire developed by the researcher was used in order to determine the women's socio-demographic characteristics, POP risk factors, knowledge level about POP and treatment status; and a POP quality of life scale was used to determine the life quality of the subjects.

The prevalence of POP among the women over 40 who participated in the study was found to be 16.3%. POP prevalence was found to be increasing in age. It was determined that the majority of the women with POP were in the 40-49 age group, had a clearly higher parity number, had their first pregnancy between the ages 15 and 19, and almost always had normal deliveries.

When women with or without POP were compared according to some demographic differences and risk factors, it was found that (compared to women without POP) women with POP had their first pregnancies in earlier ages, had a higher parity number, had higher BMI, episio, asthma, a higher tendency to carry high weights and the constipation presence values. Furthermore, in our study it was determined that there were not statistically significant

differences in populations with or without POP in factors thought to be risk factors for POP, namely in state of being in menopause, HRT use, vacuum use during the delivery, smoking habits, education, and occupation, were not statistically significant.

It was found that the life quality points of women with POP decreased significantly as a result of pregnancies in earlier ages and this affected their life quality negatively.

Keywords: Pelvic organ prolapse, woman, prevalence, life quality.

KAYNAKLAR

- 1- Sasso KM. The Colpexin™ Sphere: A New Conservative management option for pelvic organ prolapse. *Urologic Nursing*. 2006; 26(6): 433-440.
- 2- McCrink A. Evaluating the Female Pelvic. *AWHONN*. 2004; 7(6): 516-522.
- 3- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(1): 116–126.
- 4- Schaffer J1, Wai CY, Boreham MK. Etiology of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48: 639-47.
- 5- Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol* 2004;104:489-97.
- 6- Kim C.M , Jeon M.J, Chung D.J, Kim S.K, Kim J.W, Bai S.W. Risk factors for pelvic organ prolapse. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 98, 248–251.
- 7- Muellner SR. Physiology of micturition. *J Urol*. 1951;65:805.
- 8- Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1025-29.
- 9- Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501–506.
- 10- Westby M, Asmussen M, Ulmsten U. Location of maximum intraurethral pressure related to urogenital diaphragm in the female subject as studied by simultaneous urethrocystometry and voiding urethrocystography. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;144:408-12.

- 11-Hunnskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U, Thom D. Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence, Vol.I. Plymouth, Health Publication Ltd, 2005: pp 255-312.
- 12-Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25: 723–46.
- 13-Samuelsson EC, Victor FTA, Tibblin G, et al. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 of age and possible related factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1999; 180: 299–305.
- 14-Swift S, Woodman P, O’Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:795-806.
- 15-Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women’s Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1160-66.
- 16-Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford family planning association study. *BJOG* 1997;104:579-85.
- 17-M.C.P Sliker-ten Hove, H. Bloembergen, M.E. Vierhout, G. Schoenmaker. Distribution of pelvic organ prolapse (POP) in the general population. *International Congress Series* 1279(2005) 383-386.
- 18-Swift SE, Tate SB, Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 372–7.
- 19-Wei TJ, DeLancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004; 47:3-17.
- 20-Bai SW, Jeon MJ, Kim JY, Chung KA, Kim SK, Park KH. Relationship between stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Stress Dysfunct*. 2002;13(4):256-60.
- 21-Rosenzweig, B.A., Pushkin, S., Blumenfeld, D., Bhatia, N.N., “ Prevalence of Abnormal Urodynamics Test Results in Continent Women with Severe Genitourinary Prolapse.” *Obstetrics and Gynecology*. 1992; 79.
- 22-Grady, M., Kazminski, M., Delancey, J., Elkins, T., McGuiri, E., “ Stress Incontinence and Cystoceles,” *The Journal of Urology*. 1992;145.
- 23-Bidmead J, Cardozo LD. Pelvic stress changes in the older women, *British Journal of Urology*. 1998; 82(1): 18-25.
- 24-Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2005; 19(6) :895-911.

- 25- McLennan AH, Taylor AW, Wilson DH. The prevalence of pelvic floor disorder and their relationship to gender, age, parity and mode delivery. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000; 107(12): 1460.
- 26- Tapp A, Cardozo L, Versi E et al: The effect of vaginal delivery on the urethral sphincter, *Br J Obstet Gynecol* 1988; 95: 142.
- 27- Dietz HP, Olson PD. Childbirth and pelvic stress trauma. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2005; Vol.19, No.6, pp.913-924.
- 28- Allen RE, Hosker GL, Smith AR, Warrell DW. Pelvic stress damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet and Gynecol* 1990; 97: 770- 779.
- 29- Rortveit G and Hunskaar S. The association between the age at the first and last delivery and urinary incontinence. *Neurourol urodyn* 2004; 23: 562-563.
- 30- Tanrıverdi H, Sade H, Akbulut V. Üriner İnkontinans ve Pelvik Prolapsusun Epidemiyoloji, Etiyoloji ve Risk Faktörleri. *T Klin Jinekoloj Obst* 2004, 14: 231-238.
- 31- Semmens JP, Wagner G: Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women, *JAMA* 1982;248:445.
- 32- Ward KL, Hilton P, Browning J. A randomized trial of colposuspension and tension free vaginal stressen primary genuine stress incontinence. *Neurourology urodynamics* 2000;19: 386-388.
- 33- Thom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life; a review of the clinical and epidemiological literature. *J Am Geriatric Soc* 1998;46: 1411.
- 34- Viktrup L, Lose G, Rolff M. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol*. 1992; 79: 945-949.
- 35- Meyer S, Schreyer A, Grandi De, Hohlfield P. The effects of birth on urinary incontinence mechanisms and other pelvic floor characteristics. *Oct 1998; Vol. 2, No.4, Part 1, pp. 613-18.*
- 36- Demirci F. Üriner inkontinans ultrasonografi. *Ürojinekoloji*. H. Güner editör. Güneş Kitabevi.
- 37- Moller LA, Lose G, Jorgensen T. The Prevalance and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 298-305.
- 38- Staskin DR. Age related physiological and pathologic changes affecting lower urinary tract function. *Clin Geriatr Med* 1986; 2: 701-10.
- 39- Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Fosner SF. Prevalance of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Heart & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Obstet Gynecol* 1999; 94: 66-70.

- 40- Barber MD. Symptom and outcome measures of pelvic organ prolapse. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2005; 48(3): 648–661.
- 41- Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, et al. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res*. 1994; 3: 291-306.
- 42- Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-YK: A validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *International Urogynecology Journal*. 2005; 16: 176–181.
- 43- Westby M, Asmussen M, Ulmsten U. Location of maximum intraurethral pressure related to urogenital diaphragm in the female subject as studied by simultaneous urethrocystometry and voiding urethrocystography. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;144:408-412.
- 44- Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, Fischer J, Hull T, Nygaard I, Weidner AC. The standardization of terminology for researchers in female pelvic stress disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Stress Dysfunct*. 2001;12(3):178-86.
- 45- Esen F. Üriner İnkontinans Hastalarında Ekstrakorporal Manyetik İnervasyon (Extracorporeal Magnetic Innervation-ExMI) Tedavisinin Hayat Kalitesi ve Ürodinamik Parametreler Üzerindeki Etkileri. (Uzmanlık Tezi), İstanbul-2006. say 5-9 ve 24-27.
- 46- Coombes GM, Millard RJ. The accuracy of portable ultrasound scanning in the measurement of residual urine volume. *J Urol* 1994;152:2083-2085.
- 47- Parks AG, Porter NH, Melzak J. Experimental study of the reflex mechanism controlling muscles of floor. *Dis Colon Rectum*. 1962;5:407.
- 48- Nichols DH, Milley PS, Randall CL. Significance of restoration of normal vaginal depth and axis. *Obstet Gynecol*. 1970;36: 251.
- 49- Fine P, Antonini T, Appell R. Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet and Gynecol* 2004; Vol 47, No 1, pp.44-52.
- 50- Khullar V. History and examination. In; *Urogynecology*. Cardozo L (ed) Churchill Livingstone, New York 1997: 85-100.
- 51- Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184:552-558.
- 52- Kelleher C., *Quality of Life and Urinary Incontinence*. Ed: Cardoza L., *Urogynecology*, New York, 1997: p. 673-688 .
- 53- Meschia M, Amicarelli F. Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapse. *Obstet Gynecol*. 2002;100:719-723.
- 54- Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, et al. A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). *Int.urogynecol J Pelvic Floor Dysfunc* 2003;14: 164-68.

- 55-Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:1388–95 .
- 56-De Tayrac R, Chauveaud A, Fernandez H. Quality of life measurement in patients with genital prolapse.*J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 2003;32:503-23 in French.
- 57- Türk Ürojinekoloji ve Rekonstrüktif Cerrahi Derneği (www.tujk.com)
- 58- Thomson AJM, Farquharson RG. Vault haematoma and febrile morbidity after vaginal hysterectomy. *Hospital Medicine*, 2000;61;535-538
- 59-Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, Shull BL, Smith ARB. The Standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996; 175: 10–17.
- 60-Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 1332–37.
- 61-Mouritsen L, Larsen JP Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14(2):122-27.
- 62-Snooks SJ, Barnes PR, Swash M, Henry MM. Damage to the innervation of the pelvic floor musculature in chronic constipation. *Gastroenterology* 1985; 89: 977–81.
- 63-Boreham MK, Wai CY, Miller RT, Schaffer JI, Word RA. Morphometric properties of the posterior vaginal wall in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1501–08.
- 64-Wenstrup RJ, Florer JB, Brunskill EW, Chervoneva I, Birk DE. Type V collagen controls the initiation of collagen fibril assembly. *J Biol Chem* 2004; 279:531–37.
- 65-Handa VL, Garret E, Hendrix SDO, Gold E. Progression and remission of pelvic organ prolapse: A longitudinal study of menopausal women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004; 190 (1): 27-32.
- 66-66-Niyibizi C, Kavalkovich K, Yamaji T, Woo SL. Type V collagen is increased during rabbit medial collateral ligament healing. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2000; 8:281–5.
- 67-67-Rinne KM, Kirkinen PP. What predisposes young women to genital prolapse? *Eur J obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 84:23-5.
- 68-68-Sheng-Yen Lin, Yi-Torng Tee, Soo-Cheen Ng, han Chang, PinPin Lin, Gi-Den Chen. Changes in the extracellular matrix in the anterior vagina of women with or without prolapse. *Int Urogynecolog J* 2007;18:43-8.
- 69-Barbiero E.C, Sartori M.G.F., Girao M.J.B.C., Baracat E.C. An analysis of type I collagen in the parametrium of women with and without uterine prolapse, according to hormonal status. *Int Urogynecol J* 2003;14:331-4.

- 70- Spellacy CE (2001) Urinary Incontinence in Pregnancy and the Puerperium, JOGNN, 30: 634-41.
- 71- Lancaster S (1992) Community Health Nursing Promoting: Health of Grades Families and Individuals, 4th. Ed., Mosby, Philadelphia, 553-3 .
- 72- Ignatavicius DD, Workman ML, Misler MA (1999) Medical Surgical Nursing Across The Health Care Continuum, 3rd Ed, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 198-201; 1797-99; 1827; 38.
- 73- Willis J (1998) Promoting Continence Control, Nursing Times 94: 59-60.
- 74- Ateskan Ü (2001) Geriatrik Üriner inkontinans, 3. Ulusal İç Hastalıklar Kongresi Kitabı, Antalya, 93-96.
- 75- Sampsel CM, Miller JM, Mimis BL et al (1998) Effect of Pelvic Muscle Exercises on Transient Incontinence During Pregnancy and After Birth, Obstet Gynecol 91:406-412.
- 76- Digesu GA, Chaliha C, Salvatore s, Hutchings A, Khullar V (2005) The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. BJOG 112:971-976.
- 77- Wilcox LS, Konin LM, Pokras R, Struass LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. Obstet Gynecol 1994; 83: 549-55.
- 78- Boyles S, Weber A, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:108-115.
- 79- Brown JS, Waetjen LE, Subak LL, *et al.* Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1997. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:712-716.
- 80- Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, *et al.* Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. Obstet Gynecol 2001; 98: 646-651.
- 81- Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic stress disorders: current observations and future projections. Am J Obstet Gynecol 2001;184:1496-1503.
- 82- Farquhar CM, Steinar CA. Hysterectomy rates in the United States 1990–1997. Obstet Gynecol 2002;99: 229–34.
- 83- Swift SE. Epidemiology of pelvic organ prolapse. In: Bent AE, Ostergard DR, Cundiff GW, *et al.* Ostergard's Urogynecology and Pelvic floor Dysfunction. 5th ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins;2003: 35-42.
- 84- Swift SE, Pound T, Dias JE. Case- control study on the etiology of severe pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J 2001; 12:187-190.
- 85- Digesu GA, Chaliha C, Salvatore s, Hutchings A, Khullar V (2005) The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. BJOG 112:971-976.
- 86- Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. Am J Obstet Gynecol 2000;183:277-85.

- 87- Swift SE, Herring MD. Comparison of pelvic organ prolapse in the dorsal lithotomy versus the standing position. *Obstet Gynecol* 1998 ;91:961-4.
- 88- Swift SE, Pound T, Dias JE. Case- control study on the etiology of severe pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2001; 12:187-190.
- 89- Heit MP, Rosenquist C, Culligan P, Graham C, Murphy M, Shott S. Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynaecol* 2003;101:1279-84.
- 90- Kim C.M, Jeon M.J, Chung D.J, Kim S.K, Kim J.W, Bai S.W. Risk factors for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2007;98:248-251.
- 91- Carley ME, Turner RJ, Scott DE, Alexander JM. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparasc* 1999; 6:39-44.
- 92- Scherf C, Marison L, Fiander A, Ekpo G, Walraven G. Epidemiology of pelvic organ prolapse in rural Gambia, West Africa. 2002; 109: 431-436.
- 93- Meyer S, De Grandi P, Kuntzer T, Hurlimann, Schmidt N. Birth Trauma: Its Effect On The Urine Continence Mechanisms. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 1993; 33(4):236-42.
- 94- Rahman S, Açık Y, Toraman Z, Çelik A. Presentation of device used by elderly women with prolapse in eastern part of Turkey. *Maturitas* 55 (2006) 348-351.
- 95- O'Boyle AL, Woodman PJ, O'Boyle JD, Davis GD, Swift SE. Pelvic organ support in nulliparous pregnant and nonpregnant women: a case control study published erratum appears in *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:301.
- 96- Tegerstedt G, Miedel A, Maehle-Schmidt M, Nyren O, Hammarström M. A shortform questionnaire identified genital organ prolapse. *J Clin Epidemiol* 2005; 58(1):41-6.
- 97- Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1253–60.
- 98- Jorgensen S, Hein HO, Gyntelberg F. Heavy lifting at work and risk of genital prolapse and herniated lumbar disc in assistant nurses. *Occup Med (Lond)* 1994; 44:47–9.
- 99- Arya LA, Novi JM, Shaunik A, Morgan MA, Bradley CS. Pelvic organ prolapse, constipation, and dietary fiber intake in women: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1687–91.
- 100- Drutz H P, Alarab M. Pelvic organ prolapse: demographics and future growth prospects. *Int Urogynecol J* 2006; 17:6-9.
- 101- Liu YM, Choy KW, Lui WT, Pang MW, Wong YF, Yip SK. 17 β - Estradiol suppresses proliferation of fibroblasts derived from ligaments with or pelvic with or without pelvic organ prolapse. *Hum Reprod.* 2006;21:303-8.
- 102- Weber AM, Walters MD, Ballard LA, Booher DL, Piedmonte MR. Posterior vaginal prolapse and bowel function. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1446–9.

- 103- Bump RC. Racial compararisons and contrats in urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 1993;81:421-5.
- 104- Chiaffarino F, Chatenoud L, Dindelli M, Meschia M, Buonaguidi A, Amicarelli F, et al. Reproductive factors, family history, occupation and risk of urogenital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 82: 63–7.
- 105- Buchsbaum G. Chin M. Glantz C. Guzick D. Prevalence Of Urinary Incontinence And Associated Risk Factors In A Cohort Of Nuns. *Obstet Gynecol* 2002;100(2):226-9.

RESİMLEMELER LİSTESİ

III. Tablo 1. Kırklareli İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarına Göre Örneklem Alınan Kadınların Dağılımı.....	22
IV. Tablo 2. Çalışmaya Katılan Tüm Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
IV. Tablo 3. Pelvik Organ Prolapsusu Olan ve Olmayan Kadınların Demografik ve Retroduktif Özelliklerinin Karşılaştırılması	29
IV. Tablo 4. Pelvik Organ Prolapsusu Olan ve Olmayan Kadınların Sosyokültürel Özelliklerinin Karşılaştırılması	31
IV. Tablo 5. Çalışma Gruplarının Prolapsus Oluşumuna Yol Açacak Faktörlerinin İncelenmesi.....	32
IV. Tablo 6. Kadınların Pelvik Organ Prolapsus Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	33
IV. Tablo 7. Pelvik Organ Prolapsuslu Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin P-QOL Anketi İle Analizi.....	34
IV. Tablo 8. P-QOL Hayat Kalitesi Ölçütlerinin Hastaların Bazı Demografik Özellikleri ile	

İlişkisi.....	35
IV. Tablo 9. HRT Kullanım Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi.....	38
IV. Tablo 10. Ağır Kaldırma Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi.....	39
IV. Tablo 11. Kabızlık Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi.....	40
IV. Tablo 12. Epizyo Açılma Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi.....	40
IV. Tablo 13. Astım Varlığı Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi.....	41
IV. Tablo 14. Menopozal Dönemde Olma Durumunun Hayat Kalitesi Ölçekleri ile İlişkisi..	42
V. Tablo 15. Çeşitli Yaş Gruplarını İçeren Kadınlar Üzerinde Yapılan Pelvik Organ Prolapsus Prevalansını İnceleyen Uluslar arası Çalışmalar.....	44
V. Tablo 16. POP'lu Kadınlarda P-QOL Ölçeği Kullanılarak Yapılan Hayat Kalitesi Skorları	50
IV. Şekil 1. POP Prevalansı.....	25
IV. Şekil 2. BMİ ile P-QOL Skorları Arasındaki Pozitif Korelasyon.....	34
IV. Şekil 3. İlk Gebelik Yaşı ile P-QOL Skorları Arasındaki Negatif Korelasyon.....	35

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1983 yılında Ankara’da doğmuş, ilk, orta ve lise öğrenimini Babaeski’de tamamlamıştır. 2002 yılında İstanbul Üniversitesi Ebelik Yüksekokulu’nu kazanmış, 2006 yılında mezun olmuştur. 2006 yılında Trakya Üniversitesi’nin açmış olduğu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında Yüksek Lisans eğitime başlamıştır. 2007 yılında Kırklareli Babaeski 3 Nolu M.S.O’nda çalışmaya başlamış ve halen görev yapmaktadır.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI YEREL ETİK KURULU Edirne, Türkiye ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2007 / 203
	PROTOKOL ADI	40 yaş üzeri kadınlarda pelvik organ prolapsusu görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	TÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	TÜTF Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	Araştırmacıların Kendileri
	FAZİ	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslar arası	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	10.12.2007		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ	10.12.2007		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 24 / 13	Tarih: 27.12.2007
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Duygu SÖNMEZOCAK'ın tezinin araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF Etik Kurul Yönergesi
ÜYELER	

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	İzinli
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gürçan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	İzinli
Avukat. Banu DEMREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki,
** Toplantıda Bulunma

A. Hamit KARAGÖZ
Fakülte Sekreteri

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

ASL GİBİDİR

EK 2. 40 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA PELVİK ORGAN PROLAPSUSU SIKLIĞI VE HAYAT KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ ANKET FORMU

Sayın katılımcı

Bu ankete isim soy isim yazılmayacaktır. Bu araştırmadan elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

FORM NO:.....

TARİH:.....

1.Yaşınız:.....		
2.Öğrenim durumunuz?	Kendisinin	Eşinin
	Okur yazar değil <input type="checkbox"/>	Okur yazar değil <input type="checkbox"/>
	Okur-yazar <input type="checkbox"/>	Okur-yazar <input type="checkbox"/>
	İlkokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	İlkokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>
	Ortaokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	Ortaokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>
	Liseyi bitirmiş <input type="checkbox"/>	Liseyi bitirmiş <input type="checkbox"/>
	Yüksekokul bitirmiş <input type="checkbox"/>	Yüksekokul bitirmiş <input type="checkbox"/>
3.Mesleğiniz?	Kendisinin.....	Eşinin.....
4.Sürekli oturduğunuz yer?		Köy/Mahalle.....
5.Hanenizin toplam aylık geliri nedir?YTL		
6.Sağlık güvenceniz var mı?	Kendisi	Eşi
	Yok <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>
	Bağ-Kur <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/>	Bağ-Kur <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/>
	Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/>	Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/>
7.İlk gebelik yaşıınız?.....		
8.Gebelik sayınız?.....		
9.Normal doğum sayınız ?.....		
10.Doğumlarınızda forseps, vakum vb. kullanıldı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		
11.Doğumunuz da kesi (epizyo) açıldı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		
13.Yanıtınız evet ise kaç kesi (epizyo) idi? Belirtiniz.....		
14.Doğumunuz sezeryan olarak mı gerçekleştirildi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		
15.Yanıtınız evet ise sezeryan sayınız kaçtır? Belirtiniz.....		
16.Boyunuz?.....		

17.Kilonuz?.....

18.Sigara kullanıyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐ evet ise...../günde

19.Menopoza girdiniz mi?

Evet ☐ Hayır ☐

20.Yanıtınız evet ise menopoza gireli kaç yıl oldu belirtiniz?.....

21.Menopoz döneminde hormon tedavisi (HRT) aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

22.Yanıtınız evet ise ne kadar süredir hormon tedavisi (HRT) alıyorsunuz belirtiniz?.....

23.Yanıtınız evet ise ne tür hormon tedavisi (HRT) kullanıyorsunuz?

Oral (Ağızdan) ☐ Bant ☐ Doğal ürünler ☐

24.Karın bölgesinden bir ameliyat geçirdiniz mi?

Evet ☐ Hayır ☐

25.Yanıtınız evet ise ne tür bir operasyon geçirdiniz belirtiniz?.....

26.Astım gibi bir sağlık sorunuz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

27.Ağır yük kaldırma öykünüz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

28.Büyük abdestinizle ilgili sorunuz var mı? Varsa ne tarz bir sorun belirtiniz?

Büyük abdesti yaparken güçlük	<input type="checkbox"/>
Gaz ve/veya gaita (dışkı) kaçırma	<input type="checkbox"/>
Büyük abdest için elle sarkmasının reddedilmesi	<input type="checkbox"/>
Büyük abdesti erteleyememe	<input type="checkbox"/>
Bağırsağı tam boşaltamama hissi	<input type="checkbox"/>
Hiç biri yok	<input type="checkbox"/>

29.Kabızlık sorunuz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

30.Yanıtınız evet ise ne süredir kabızlık çekiyorsunuz belirtiniz?.....

31. Ne sıklıkla büyük abdestinizi yaparsınız?

Günde 1 kez ☐
2 günde 1 kez ☐
3 günde 1 kez ☐
Haftada ya da daha uzun sürede 1 kez ☐

32.Aşağıdaki işeme ile ilgili şikayetlerden herhangi biri sizde var mı? Varsa ne tarz bir sorun olduğunu belirtiniz?

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------|
| İdrar torbanızı boşaltırken zorlanma | <input type="checkbox"/> |
| İdrar kaçıрма | <input type="checkbox"/> |
| İdrar akımını durduramama | <input type="checkbox"/> |
| Sık idrara çıkma | <input type="checkbox"/> |
| İşeme için elle sarkmasının reddedilmesi | <input type="checkbox"/> |
| Hiç biri yok | <input type="checkbox"/> |

33.Seksüel problemleriniz var mı? Varsa ne tarz problemler olduğunu belirtiniz?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Cinsel ilişkide bulunamama | <input type="checkbox"/> |
| Cinsel ilişki sırasında ağrı | <input type="checkbox"/> |
| Cinsel ilişkiden memnuniyetsizlik | <input type="checkbox"/> |
| Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıрма | <input type="checkbox"/> |
| Orgazm olamama (zevk alamama) | <input type="checkbox"/> |
| Hiç biri yok | <input type="checkbox"/> |

34.Aşağıdaki semptomlardan herhangi biri sizde mevcut mu?

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Haznede basınç hissi | <input type="checkbox"/> |
| Hazneye-makata vuran ağrı | <input type="checkbox"/> |
| Hazneden sarkan bir kitlenin görülmesi | <input type="checkbox"/> |
| Hazneden sarkan bir kitlenin ele gelmesi | <input type="checkbox"/> |
| Hiç biri yok | <input type="checkbox"/> |

35. Rahim sarkıklığınız var ise bu sorununuzun çözümlenmesini ister misiniz?

Evet ☐ Hayır ☐

36. Bu konuda herhangi bir merkeze başvurduunuz mu? Evet ☐ Hayır ☐

37.Başvurduysanız nerelere/ kimlere başvurdunuz?

Sağlık Ocağı ☐ Komşu ☐ Hemşire/ Ebe ☐ Hastane ☐

38. Hazne çıkışını güçlendiren egzersizler olduğunu duyduunuz mu?

Evet ☐ Hayır ☐

39.Duyduysanız hiç uygulayabildiniz mi? Evet ☐ Hayır ☐

40.Egzersizlerin faydasını gördünüz mü? Evet ☐ Hayır ☐

41.Rahim sarkması ile ilgili olarak herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

42.Yanıtınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız?

Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/>	Broşürler <input type="checkbox"/>	TV, Radyo <input type="checkbox"/>	Gazete, dergi, kitap <input type="checkbox"/>
Doktor <input type="checkbox"/>	Arkadaş, aile vb. çevreden <input type="checkbox"/>	Diğer.... <input type="checkbox"/>	

EK 3. PROLAPSUS HAYAT KALİTESİ ÖLÇEĞİ (P-QOL)

P-QOL (Prolapsus Hayat Kalitesi)

Ad-Soyad:
Kilo:
Tarih:

Yaş:
Boy:
Tel:

Meslek:
Eğitim durumu:

SARKMA: İDRAR TORBANIZ, BAĞIRSAĞINIZ YADA RAHİMİNİZİN VAJİNANIZDAN (CİNSEL BÖLGENİZDEN)AŞAĞI İNEREK RAHATSIZLIĞA NEDEN OLDUĞU ŞİŞLİKTİR.

SARKMA PROBLEMİNİZ OLMASA DA BU ANKETİ DOLDURUNUZ.

Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Tek bir cevabı işaretleyiniz?

Çok iyi	<input type="radio"/>
İyi	<input type="radio"/>
Orta	<input type="radio"/>
Kötü	<input type="radio"/>
Çok kötü	<input type="radio"/>

Sarkma probleminiz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Tek bir cevabı işaretleyiniz?

Hiç	<input type="radio"/>
Orta	<input type="radio"/>
Biraz	<input type="radio"/>
Çok	<input type="radio"/>

Aşağıdaki belirti yada bulgulardan herhangi biri var ise bunların sizi ne kadar etkilediğini işaretleyiniz.

	Uygun değil	Hiç	Az	Orta	Çok
Tuvalete idrar yapmak için sık sık gitme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sıkışma-idrar yapmak için güçlü istek duyma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Birdenbire gelen idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öksürme esnasında idrar kaçırma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vajina(cinsel bölge)içinde şişlik hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gün ilerledikçe karnınızın alt bölgesinde yada vajinanızda(cinsel bölgenizde) ağırlık hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bağırsaklarınızı tamamen boşaltmanızı engelleyen vajinal (cinsel bölgede) şişlik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayaktayken kötüleşen uzanmayla hafifleyen vajina l(cinsel bölgede) rahatsızlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İdrar akımında azalma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

İdrar torbanızı boşaltırken zorlanma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İdrar torbanızı boşalttıktan sonra damla damla idrar gelmesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aşağıdaki belirti yada bulgulardan herhangi biri var ise bunların sizi ne kadar etkilediğini işaretleyiniz.

	Uygun değil	Hiç	Az	Orta	Çok
Büyük abdestinizi yaptıktan sonra bağırsaklarınızın tamamen boşalmaması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kabızlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Büyük abdestinizi yapmaya başlarken ıkınma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan vajinal (cinsel bölgede)şişlik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vajina (cinsel bölgede)rahatsızlık hissi ile birlikte artan bel ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Büyük abdestinizi yapmak için parmağınızla sarkmayı düzeltme ihtiyacı duyuyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ne kadar sıklıkla büyük abdestinizi yaparsınız?

- Günde 1 defadan fazla ☐
- Günde 1 kez ☐
- 2 günde 1 kez ☐
- 3 günde 1kez ☐
- Haftada yada daha uzun sürede 1 kez ☐

Aşağıda sarkma probleminiz nedeniyle etkilenebilecek bazı günlük faaliyetleriniz bulunmaktadır. Sarkma probleminiz sizi ne kadar etkiliyor.

Tüm sorulara cevap vermenizi rica ediyoruz.

Günlük Kısıtlamalar

	Hiç	Az	Orta	Çok
Sarkma problemi ne dereceye kadar ev işlerinizi yapmanızı etkiliyor? (temizlik, alışveriş gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma günlük, ev dışındaki yada işteki faaliyetlerinizi etkiler mi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fiziksel/Sosyal Kısıtlamalar

	Hiç	Az	Orta	Çok
Sarkma probleminiz fiziksel faaliyetlerinizi etkiliyor mu? (yürüyüş, koşu,spor gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma probleminiz yolculuk yapmanızı etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma probleminiz sosyal hayatınızı sınırlandırıyor mu? (sinema, konser, düğün gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma probleminiz arkadaşlarınızla görüşmenizi, ziyaret etmenizi sınırlandırıyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kişisel İlişkiler

	Uygun değil	Hiç	Az	Orta	Çok
Sarkma probleminiz eşinizle ilişkinizi etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma probleminiz cinsel hayatınızı etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma probleminiz aile hayatınızı etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Duygusal durum

	Hiç	Az	Orta	Çok
Sarkma probleminiz sizi depresyona sokuyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma probleminiz nedeniyle sinirlilik yada endişe duyuyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma probleminiz nedeniyle kendinizi kötü hissediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uyku/Enerji

	Asla	Bazen	Sık sık	Daima
Sarkma probleminiz uykunuzu etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendinizi tükenmiş/yorgun hissediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sarkma problemi nedeniyle aşağıdakilerden herhangi birini yapıyor musunuz?(Sarkma probleminiz olmasa bile cevap veriniz.)

	Asla	Bazen	Sık sık	Daima
Yardım olması amacıyla tampon/ped/sıkı paçalı don kullanımı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkmayı yukarıya doğru itme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma nedeniyle ağrı yada rahatsızlık hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkma probleminiz ayakta durmanızı engelliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>